



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



ESTUDO DOS EFEITOS DA APLICAÇÃO DE UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA E DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS E EMOCIONAIS COM CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO DA CIDADE DE TIJUANA

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais:

Doutora Inês Nobre Martins Camacho

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Ana Matilde Monteiro Couceiro Neves

2016

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a:

Professora Celeste Simões, pela sua paciência e disponibilidade, por me motivar nesta fase de estudos e por me orientar e apoiar neste processo de descoberta;

Faculdade de Motricidade Humana e ao polo de Tijuana da Universidad Humanitas pelo apoio institucional e, a esta última, pela oportunidade que me deu de expandir os meus horizontes académicos e pessoais;

“Colegio Ana María Gómez Campos” e “Casa Hogar y Colegio Lirio de los Valles” por me deixarem intervir com as crianças a seu cuidado e por toda a sua disponibilidade neste processo;

Psicóloga e Professora Elena Ruiz por me ter dado a conhecer o Polo de Tijuana, da Universidad Humanitas, por me ter apresentado a esta instituição de ensino e por ter sido a minha companheira e parceira na conceção e aplicação dos projetos paralelos a esta dissertação;

Minha família pelo apoio e motivação, aos meus amigos de ambos os lados do oceano por não me deixarem desistir e terem sempre uma palavra de incentivo quando necessário, e ao Armando que não só me apoiou neste processo como me ajudou na adaptação a uma nova língua, país e cultura;

Todos os meus alunos, desde os estudantes que frequentaram os cursos na Universidad Humanitas, aos que todas as semanas apareciam nas minhas sessões. É para e por vocês que projetos como este são feitos.

Muito obrigada a todos!

Muchas gracias a todos!

ÍNDICE

Introdução global.....	7
Artigo Teórico	9
Resumo.....	10
Abstract.....	10
1. Introdução	10
2. Situação de Risco	11
2.1. Conceito.....	11
2.2. Fatores de Risco	11
2.3. Crianças Institucionalizadas.....	12
3. Fatores de Proteção.....	13
3.1. Risco e Proteção na Cidade de Tijuana	14
3.2. Crianças Institucionalizadas na Cidade de Tijuana	16
4. Resiliência.....	17
4.1. O Indivíduo.....	18
4.2. O Envolvimento – Família, Escola, Pares e Comunidade.....	19
5. Risco e Resiliência.....	20
6. A Psicomotricidade e a Resiliência.....	21
7. A Promoção da Resiliência e as Crianças em Situação de Risco.....	22
8. Programas de Promoção da Resiliência com Crianças em Situação de Risco.....	23
9. Conclusão	24
10. Referências Bibliográficas	25
Artigo Teórico-Prático	29
Resumo.....	30
Abstract.....	30
1. Introdução	30
2. Resiliência e Competências Sociais e Emocionais.....	31
3. Psicomotricidade e Competências Sociais e Emocionais.....	32
4. Programas de Promoção das Competências Sociais e Emocionais.....	33
4.1. O programa “Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência”	34
5. Objetivo.....	35
5.1. Questões do Estudo.....	35
6. Método.....	35
6.1. Amostra.....	35
7. Instrumentos de Avaliação	36
7.1. <i>Strenghts and Difficulties Questionnaire</i> – Questionário de Capacidades e Dificuldades	36

7.2.	<i>Child and Youth Resilience Measure</i> – Escala de Medida da Resiliência para Crianças e Jovens	37
7.3.	Ficha de Avaliação do Programa	37
8.	Procedimentos	37
8.1.	Recolha de Dados.....	37
8.2.	Análise de Dados	38
9.	Resultados	38
9.1.	Avaliação Global	38
9.2.	Avaliação por Faixa Etária	41
9.3.	Avaliação por Género.....	45
9.4.	Avaliação por Contexto	48
10.	Discussão dos Resultados.....	51
10.1.	Na Visão dos Prestadores de Cuidados	51
10.2.	Na Visão dos Professores	52
10.3.	Na Visão das Crianças	53
11.	Conclusão	54
12.	Referências	56
	ANEXOS.....	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados Avaliação Inicial.....	38
Tabela 2 - SDQ Prestadores de Cuidados, Avaliação Global.....	39
Tabela 3 - SDQ Professores, Avaliação Global.....	39
Tabela 4 - CYRM, Avaliação Global.....	40
Tabela 5 - AP, Avaliação Global, Questão 1	40
Tabela 6 - AP, Avaliação Global, Questão 3	41
Tabela 7 - AP, Avaliação Global, Questão 4	41
Tabela 8 - SDQ Prestadores de Cuidados, Alunos "Mais Velhos".....	42
Tabela 9 - SDQ Professores, Alunos "Mais Velhos".....	43
Tabela 10 - CYRM, Alunos "Mais Velhos".....	43
Tabela 11 - SDQ Prestadores de Cuidados, Alunos "Mais Novos"	44
Tabela 12 - SDQ Professores, Alunos "Mais Novos"	44
Tabela 13 - CYRM, Alunos "Mais Novos"	45
Tabela 14 - SDQ Prestadores de Cuidados, Género Masculino	45
Tabela 15 - SDQ Professores, Género Masculino	46
Tabela 16 - CYRM, Género Masculino	46
Tabela 17 - SDQ Prestadores de Cuidados, Género Feminino.....	47
Tabela 18 - SDQ Professores, Género Feminino.....	47
Tabela 19 - CYRM, Género Feminino.....	48
Tabela 20 - SDQ Prestadores de Cuidados, Alunos Colégio "Ana María Gómez Campos"	48
Tabela 21 - SDQ Professores, Alunos Colégio "Ana María Gómez Campos"	49
Tabela 22 - CYRM, Alunos Colégio "Ana María Gómez Campos"	49
Tabela 23 - SDQ Prestadores de Cuidados, Alunos Colégio e Casa de Acolhimento "Lírio de los Valles"	50
Tabela 24 - SDQ Professores, Alunos Colégio e Casa de Acolhimento "Lírio de los Valles"	50
Tabela 25 - CYRM, Alunos Colégio e Casa de Acolhimento "Lírio de los Valles".....	51

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Certificados das ações desenvolvidas paralelamente

Anexo B – Instrumentos de Avaliação Traduzidos / Adaptados

Anexo C – Consentimento Informado e Resumo do Projeto fornecido aos Prestadores de Cuidados

Anexo D – Exemplo de Plano de Sessão

INTRODUÇÃO GLOBAL

Da percepção, surgida após a Segunda Guerra Mundial, de que situações adversas de vida afetavam de diferentes modos o posterior desenvolvimento de crianças e adolescentes, emerge a área de estudo da resiliência, contemplando os fatores que permitem que, embora afetados pelo risco, uma grande parte dos indivíduos consigam ser bem sucedidos nas suas metas desenvolvimentais e na sua vida adulta. Esta área tem ganhado maior expressão nos últimos anos, em particular devido à grande sucessão de desastres naturais e humanos, bem como a uma maior sensibilização global da importância do bom desenvolvimento infantil (Masten, 2014).

Foi com o intuito de desenvolver um projeto que permitisse abarcar vários aspetos relacionados com a resiliência e, em particular, com os efeitos de uma abordagem psicomotora a este tema, que surge o presente trabalho. A aprendizagem social e emocional surge como uma área frequentemente menosprezada quer em currículos académicos, quer no cuidado institucional a crianças em situação de perigo e, pela sua ligação, quer com a resiliência, quer com a filosofia psicomotora, torna-se o ponto de partida ideal para um projeto deste âmbito.

Inicialmente com o objetivo de aplicar uma adaptação do programa “Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência”, apresentado no artigo teórico-prático, a crianças em situação de risco da cidade de Tijuana, Baja Califórnia, México (que corresponde ao conteúdo da tese em seguida apresentada), a cooperação com a Universidad Humanitas e com a psicóloga e professora Elena Ruiz permitiu a elaboração de ações paralelas ao projeto inicial, descritas em seguida, e cujos certificados se encontram no anexo A.

Solicitados pela Universidad Humanitas, foram desenvolvidos em conjunto com a psicóloga e professora Elena Ruiz dois cursos teórico-práticos de 30 horas: o primeiro dirigido a alunos da licenciatura de Educação e o segundo dirigido a alunos da licenciatura de Psicologia.

O primeiro curso abordou os conceitos de resiliência, psicomotricidade e relação psicossomática em vertentes que as formadoras sentiram ser mais úteis como complemento das aprendizagens de futuros educadores. Assim, no módulo de resiliência foram abordados conceitos-chave, questões de alerta e dinamizadas atividades que podem ser utilizadas para aumentar o potencial de resiliência dos alunos, bem como a sua participação em contexto de aula. No módulo referente à psicomotricidade foi referida qual a sua importância para o sucesso escolar, apresentada uma breve explicação sobre a organização do sistema psicomotor humano e em como a utilização de atividades de âmbito psicomotor os poderia ajudar, enquanto educadores, para facilitar a inclusão e a aprendizagem de alunos com Necessidades Educativas Especiais. Por fim, o módulo da relaxação psicossomática foi abordado numa vertente mais prática, com a experimentação de várias técnicas com duplo propósito: por um lado, informar e sensibilizar para os efeitos positivos da inserção de momentos de relaxação ao longo da rotina escolar dos seus educandos e, por outro, deixar algumas técnicas úteis à sua própria gestão de stress (tanto enquanto alunos como, futuramente, enquanto educadores, uma vez que turmas com cerca de 35 alunos e pobres condições de trabalho afetam bastante a qualidade de vida dos educadores e professores mexicanos).

O segundo curso realizou-se já no segundo semestre, focando-se exclusivamente no tema da resiliência, sendo que contou com 10 horas de trabalho teórico, em que foram abordados os conceitos base (semelhantes aos abordados no primeiro módulo do primeiro

curso) e o programa “Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência”, bem como a filosofia geral por detrás das adaptações realizadas para a prática. As restantes 20 horas correspondem à aplicação do programa com os alunos do Colégio e Casa de Acolhimento “Lírio de los Valles”, tendo os alunos de Psicologia aprendido como selecionar e adaptar um programa de intervenção, como selecionar, aplicar e cotar os instrumentos de avaliação aplicados e tendo auxiliado, em conjunto com a autora e com a psicóloga Elena Ruiz, na dinamização das sessões neste contexto.

Além destas duas ações mais estruturadas, foram dinamizadas várias palestras em escolas secundárias (alunos do 10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade), com duração de uma hora, de sensibilização para a temática de resiliência, tendo as mesmas sido dinamizadas em parte pelos alunos da licenciatura de Psicologia com a orientação da autora e da psicóloga Elena Ruiz. Por fim, foi solicitada a participação destas duas mesmas profissionais na primeira edição das “Jornadas Integrales para Jóvenes”, desenvolvidas na “Escuela Secundaria 203 de Villas del Campo” em representação da Universidad Humanitas.

O presente trabalho encontra-se dividido em dois artigos (um de âmbito teórico e outro de âmbito teórico-prático) que procuram fazer uma síntese teórica de informações pertinentes sobre os conceitos de risco e proteção no desenvolvimento infantil (em especial na cidade de Tijuana), de resiliência e das esferas onde esta se evidencia, do contributo da psicomotricidade para a promoção de um desenvolvimento saudável e resiliente e da importância das competências sociais neste âmbito, bem como uma breve referência a outros programas semelhantes ao utilizado neste projeto. Além da teoria, engloba também todos os dados pertinentes à implementação deste programa de intervenção com dois grupos de crianças em situação de risco, e a posterior discussão dos seus resultados.

ARTIGO TEÓRICO

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo permitir uma visão global sobre as circunstâncias que podem influenciar, positiva ou negativamente, a vida das crianças e apresentar programas desenhados para promover o seu correto desenvolvimento, mesmo em casos menos favoráveis. Para isto, são revistos os conceitos mais importantes associados às noções de risco, perigo, proteção e resiliência, sintetizadas as relações que estes estabelecem entre si e abordados quais os principais contextos nos quais o profissional pode intervir.

Este trabalho foca-se principalmente nas crianças da cidade de Tijuana, pelo que é realizado um trabalho de comparação de estatísticas oficiais entre Portugal e México (quando aplicável, cingido ao estado da Baja Califórnia) de modo a contextualizar os diferentes perigos e proteções que as respetivas culturas providenciam. Para concluir, são apresentados alguns exemplos de intervenções recentes que visam promover a resiliência através de abordagens distintas e em contextos culturais diversos, de modo a deixar no leitor uma ideia das possibilidades e da importância da intervenção nesta área.

Palavras-chave: Resiliência, Risco, Proteção, Tijuana, Psicomotricidade, Intervenção

ABSTRACT

The present work aims to allow a global assessment of the circumstances that might positively or negatively influence the life of children, and present programs designed to promote their correct development, even in less-than-favorable circumstances. With this in mind, the core concepts pertaining risk, danger, protection and resilience are analyzed, the relationships constructed between them are summarized, and an approach is made to the main contexts in which professionals might intervene.

Due to the main focus of this work being the children of the city of Tijuana, a comparison of official statistics is made between Portugal and Mexico (more specifically the state of Baja California when possible), as a way of putting into context the variety of dangers and protections both cultures provide. To conclude this article, a few interventions that aim to promote resilience using different approaches in diverse cultural backgrounds are analyzed, as a way of opening the reader to the possibilities and importance of intervening in this subject.

Key words: Resilience, Risk, Protection, Tijuana, Psychomotor Therapy, Intervention

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano é um processo complexo, no qual interagem fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais, culturais, ecológicos e históricos, numa relação contínua entre as características pessoais e do envolvimento de cada indivíduo (Damon & Lerner, 2008). O período entre o nascimento e o final da adolescência é considerado o mais crítico para prever a qualidade da vida adulta e é nestas idades que se desenvolve: a aprendizagem sobre o mundo e sobre si mesmo; a aquisição de diferentes competências, valores e conhecimentos; um acentuado desenvolvimento biológico e neuronal; a aquisição e melhoria das capacidades de atenção e memória; a formação da personalidade e do caráter; a criação de mecanismos de regulação da atenção e da memória; e a aprendizagem das competências de comunicação e colaboração.

Este trabalho vai focar-se particularmente no início da idade escolar. Durante este período podemos observar uma mudança no contexto de socialização da criança, aumentando o número de relações que esta estabelece com o seu grupo de pares (constituído por cada vez mais elementos) (Rubin, Bukowski, Parker, & Bowker, 2008) bem como um “salto” no

desenvolvimento do córtex pré-frontal que, segundo Luria (1969, citado por Fonseca, 2010), ocorre entre os sete e os oito anos.

Devido ao importante papel que o envolvimento tem no desenvolvimento da criança e do adolescente (Damon & Lerner, 2008; Eggerman & Panter-Brick, 2010; Masten, 2010; Rubin et al., 2008; Wright et al., 2013), é essencial descobrir que fatores o podem alterar (negativamente e positivamente), bem como quais os processos que, nos contextos profissionais, se podem implementar para tentar compensar resultados menos positivos, sendo este o âmbito essencial deste trabalho.

2. SITUAÇÃO DE RISCO

O normal desenvolvimento da criança ou do jovem pode ser ameaçado por diversas situações que têm o poder de alterar as condições de vida do indivíduo, família ou mesmo de uma comunidade (Masten, 2014), adotando frequentemente a denominação “situações de risco”. Importa fazer uma análise detalhada deste conceito e de quais os fatores que medeiam o impacto destas situações na vida de uma criança, de maneira a entender os mecanismos por detrás do seu sucesso.

2.1. CONCEITO

Importa primeiro diferenciar entre o que é uma situação de risco e uma situação de perigo uma vez que, embora utilizadas frequentemente como sinónimos, as suas definições e impactos na vida da criança são bastante diferentes.

As situações de risco são aquelas que apresentam um potencial limitante à concretização dos direitos da criança, aumentando a probabilidade de ocorrência de determinado aspeto negativo no seu desenvolvimento (Wright, Masten & Narayan, 2013), enquanto que, numa situação de perigo, a criança está desprotegida face à circunstância potencialmente danosa em que se encontra. O conceito de risco toma, assim, um cariz mais abrangente do que o conceito de perigo, sendo o fator chave da sua diferenciação a quantidade ou qualidade de proteções que a criança tem face a esse risco (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco - CNPCJR, 2015).

O caso mais frequente é que as situações de perigo surjam como resultado de uma situação de risco, quer pela permanência ou agravamento do risco quer por uma deterioração ou eliminação de um ou mais fatores protetores. No entanto, estas podem também ser resultado de uma situação de crise na vida da criança, família ou comunidade (CNPCJR, 2015).

Torna-se assim importante conhecer quais são os riscos mais comuns na vida das crianças, tanto a nível global quanto a nível local, de maneira a que a criação e implementação de intervenções possa ser coerente com as necessidades de cada criança e de cada comunidade.

2.2. FATORES DE RISCO

Podemos definir um fator de risco como uma característica mensurável num grupo de indivíduos ou na situação em que se encontram que prevê um impacto negativo na característica avaliada (e.g., na saúde) (Wright et al., 2013), i.e., uma medição concreta do risco. O seu estudo começou através da constatação de que a presença destes fatores na infância estava fortemente correlacionada com riscos mais elevados de psicopatologia do que os verificados no resto da população (Masten, 2014) - indivíduos expostos a fatores de risco veem aumentada a sua possibilidade de desenvolvimento de diversos problemas no futuro, face à da população geral, i.e., aumenta a probabilidade desta ocorrência (Shiner & Masten, 2012).

A adversidade - perturbação à funcionalidade ou viabilidade de um sistema ou experiências de vida negativas ou traumáticas que ameaçam o desenvolvimento e a capacidade de adaptação - inclui um grande número de fatores de risco, podendo ser divididos em fatores crônicos (e.g., malnutrição, negligência) ou agudos (e.g., acidente de viação, morte parental) (Shiner & Masten, 2012; Wright et al., 2013).

A existência de apenas um indicador de risco não é um caso comum na vida da criança – a adversidade é, na realidade, normalmente expressa por uma constelação de fatores de risco que interagem entre si (Masten, 2014) e cuja sobrecarga na vida da criança aumenta se houver o envolvimento de múltiplos níveis ecológicos (Ungar, 2015). A este fenómeno pode também dar-se o nome de risco cumulativo (Wright et al., 2013), podendo ser apontado como exemplo uma situação de pobreza: esta situação não significa apenas uma reduzida capacidade financeira - mais do que isso, significa um menor acesso a bens e serviços críticos para o correto desenvolvimento infantil, tais como alimentação nutritiva e saudável, vacinas e outros bens de saúde, educação, água limpa ou uma sanitização decente, necessários ao seu crescimento saudável, sendo também um foco de tensão a nível familiar passível de fomentar *stress* psicológico e físico, violência doméstica ou conflitos comunitários, e de dificultar o cumprimento de ambições sociais e culturais (Eggermar & Panter-Brick, 2010; UNICEF, 2015).

Um outro fator de risco de abrangência multidimensional e com bastante impacto na vida do indivíduo é a existência de uma deficiência, dificuldade ou necessidade específica (educativa ou não) sendo que Simões, Matos, Ferreira e Tomé (2010) relatam que jovens e adolescentes com estas características apresentam frequentemente dificuldades na comunicação e relação, quer em casa quer na escola, revelam níveis mais altos de infelicidade ou solidão e são frequentemente provocados e pressionados (academicamente). Este fator “constrói” frequentemente uma constelação de outros fatores de risco à sua volta, uma vez que as necessidades acrescidas desta criança / jovem / adulto têm um impacto significativo no seu envolvimento familiar.

Para além destes, podemos apontar como exemplos de possíveis fatores de risco a presença de psicopatologia parental (e.g., esquizofrenia), prematuridade, divórcio parental, baixo estatuto socioeconómico, negligência ou maus-tratos infantis, conflitos armados ou institucionalização (Palacios, Moreno & Roman, 2013; Wright et al., 2013), sendo que, na avaliação individual da adversidade a que determinada criança está sujeita, se devem sempre avaliar 5 dimensões – severidade, cronicidade, complexidade ecológica, atribuições (por parte da criança) de causalidade e relevância cultural/contextual dos fatores – para determinar o impacto na sua vida (Ungar, 2015). A adversidade pode afetar o desenvolvimento infantil ainda antes do nascimento, e.g., níveis elevados de stress materno afetam os níveis de cortisol ao longo da vida das respetivas crianças, e os seus efeitos podem não ser visíveis imediatamente, mas aparecer num outro ponto do desenvolvimento (Masten, 2014; Wright et al., 2013). Em casos extremos, em que estas 5 dimensões apresentam valores muito elevados, o desenvolvimento infantil pode ser perturbado até que a adversidade se reduza (Wright et al., 2013).

Uma das constelações de risco com contornos específicos, e que importa abordar em maior detalhe, é o da institucionalização de crianças – uma medida que é tanto decorrente da adversidade quanto, por vezes, criadora ou perpetuadora da mesma.

2.3. CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS

A institucionalização de crianças em situação de perigo é, normalmente, a medida mais drástica tomada no que toca à proteção de menores, devendo apenas ser aplicada em casos de emergência (nos quais a criança se encontre desprotegida face ao risco) e com cariz o mais temporário possível (sendo que, para as crianças com menos de três anos,

devem ser, preferencialmente, encontradas outras soluções) (CNPCJR, 2015; UNICEF, 2013).

Apesar de esta medida ser aplicada para proteção dos menores envolvidos, em muitas ocasiões acaba ou por os expor a outros riscos ou por não ter o efeito esperado. A UNICEF (2013) adverte que a permanência alargada em instituições, em especial durante os primeiros anos de vida, pode produzir danos permanentes no desenvolvimento da criança, e que as crianças institucionalizadas apresentam um risco seis vezes maior de serem sujeitos a violência do que crianças colocadas em famílias de acolhimento, bem como um risco quatro vezes superior de sofrer abusos sexuais do que crianças com soluções de proteção baseadas na sua família alargada.

As crianças que se mantêm nas instituições apresentam geralmente maiores dificuldades do que crianças que foram adotadas ou colocadas em famílias de acolhimento, nomeadamente: competências sociais pobres (em especial no que toca à cooperação, assertividade, autocontrolo e responsabilidade); frequentemente ignorados ou preteridos pelos seus pares; com menor probabilidade de ter um melhor amigo na sua turma; menor desempenho físico e cognitivo; menos realizações a nível académico; e menor autonomia e integração social já na idade adulta (Palacios et al., 2013; UNICEF, 2013). Estas dificuldades parecem, no estudo realizado em Espanha por Palacios et al. (2013), ser independentes do tempo que as crianças permanecem na instituição, deixando a sugestão de que as instituições poderão não ser a causa destas dificuldades acrescidas, mas ainda que o seu funcionamento é insuficiente para mitigar as experiências adversas que terão ocorrido no ambiente de vida anterior da criança, ao contrário do que se verifica em crianças que foram adotadas. Para ajudar a mitigar estas dificuldades, Nuñez (2003) defende que, aquando da implementação de medidas de proteção e promoção (em especial quando são devido a queixas de maus-tratos) devem entrar em funcionamento, de forma paralela, ajudas terapêuticas que permitam restabelecer, dentro do possível, o desenvolvimento normal das crianças ou adolescentes.

Apesar do seu efeito potenciador, estes riscos na infância não chegam, por si só, para prever a existência de psicopatologia ou de problemas de ajustamento na comunidade na idade adulta, em especial devido à existência de outros fatores que moderam a relação entre o risco e o desenvolvimento da criança – os fatores de proteção.

3. FATORES DE PROTEÇÃO

Podemos dividir os fatores que mitigam os níveis de risco em duas categorias, dependendo do efeito que apresentam sobre a vida da criança: fatores de promoção e fatores de proteção. Os primeiros apresentam um efeito semelhante independentemente do nível de risco e são também conhecidos como recursos ou fatores de compensação (e.g., boa capacidade cognitiva), enquanto os segundos parecem ter um efeito acrescido quando os níveis de risco são superiores, tomando também o nome de moderadores (e.g., cuidados intensivos neonatais) (Shiner & Masten, 2012; Masten, 2014; Wright et al., 2013).

No entanto, é necessário considerar que os fatores que podem ser protetores numa situação ou comunidade podem não possuir o mesmo efeito noutros contextos (e.g., alguns traços de personalidade) e que, face ao mesmo risco, diferentes grupos culturais ou diferentes contextos podem produzir comportamentos adaptativos diferentes, sendo imperativo ter em conta o meio em que a criança / jovem se insere (Shiner & Masten, 2012; Wright et al., 2013). De igual modo, a altura da vida / fase do desenvolvimento em que determinado fator se apresenta pode significar a sua classificação em fator de proteção ou de risco (Masten, 2014; Shiner & Masten, 2012).

São referidos como exemplos de fatores de proteção uma boa relação com o(s) prestador(es) de cuidados, uma boa capacidade cognitiva (e.g., QI elevado), capacidade de resolução de problemas, elevado estatuto socioeconómico, competências de atenção, talentos individuais (e.g., música), um forte sentido de fé (religiosa) ou um sentimento de eficácia na sua relação com o mundo (Eggerman & Panter-Brick, 2010; Wright et al., 2013).

Num estudo realizado com jovens da América Latina (neste caso, Argentina, Brasil e México) são referidos como fatores protetores estatisticamente relevantes, a perceção subjetiva de bem-estar e o otimismo bem como, ainda que com menor impacto, o sentido de humor e a inteligência emocional. É ainda referido que um forte sentimento de coletividade horizontal, em que os jovens se percebem de maneira semelhante em estatuto e poder em relação aos restantes elementos do(s) seu(s) grupo(s) de socialização, é um importante mediador entre os jovens, as exigências do envolvimento, os seus recursos e o seu desenvolvimento ótimo (Omar, 2014). Outros fatores que podem contribuir para o sucesso na vida destas crianças são discutidos mais à frente neste trabalho, uma vez que se sobrepõem aos fatores promotores da resiliência, sendo que também as intervenções desenhadas para alterar o curso de vida de uma criança potencialmente em risco podem também ser consideradas fatores de promoção (Wright et al., 2013).

Felizmente, tal como se verifica para os fatores de risco, os fatores de proteção também parecem raramente existir isolados. Ao invés, cria-se uma proteção cumulativa, e.g., uma boa parentalidade associada a uma casa segura e a uma boa relação casa-escola (Wright et al., 2013; Ungar, 2015). É no equilíbrio entre a constelação dos fatores de risco e a constelação dos fatores de proteção que a criança se vai desenvolver, dependendo o seu percurso desenvolvimental desta conjugação.

3.1. RISCO E PROTEÇÃO NA CIDADE DE TIJUANA

A cidade de Tijuana é a maior cidade do estado da Baja California, pertencente aos Estados Unidos Mexicanos (denominados correntemente por apenas México). O país conta com 112 milhões de habitantes com uma idade média de 26 anos (dos quais 40 milhões são crianças e adolescentes), uma esperança média de vida de 74,5 anos (em Portugal, a esperança média de vida é de 76,7 anos para o género masculino e de 82,6 para o género feminino) e uma taxa de mortalidade infantil de 12,8 crianças com menos de 1 ano em cada 1000 nascimentos (em Portugal esta taxa é de 2,8 crianças com menos de 1 ano em cada 1000 nascimentos) sendo que, em 2010, se estimava viverem 3 milhões de pessoas no estado da Baja California (INEGI, 2015f; INEGI, 2015j; Pordata, 2015a; UNICEF, 2014b).

Segundo a UNICEF (2014b), dos 40 milhões de crianças e adolescentes no país, metade vive na pobreza e cerca de 4,7 milhões encontram-se em situação de pobreza extrema, números que sublinham o grande impacto que este fator tem no desenvolvimento das crianças e jovens mexicanos e que tem uma maior prevalência nas comunidades indígenas. Como foi já referido, a pobreza é um fator que afeta toda a vida da família e, por conseguinte, da criança, tendo ramificações em todas as suas esferas de ação (UNICEF, 2015).

Também a subnutrição tem uma presença significativa (1,5 milhões de crianças), especialmente nas zonas rurais, onde uma em três crianças sofre de subnutrição crónica. Nas comunidades indígenas, onde se apura o dobro da prevalência verificada para o país este fator apresenta um forte potencial para provocar nestas crianças atrasos/alterações no desenvolvimento físico, cognitivo e social (UNICEF, 2014b).

Verifica-se que mais de metade (55%) da população nacional com 12 ou mais anos está casada ou em união de facto, com uma taxa de divórcio de 17% (em Portugal este valor é de 74,2%), sendo que 89,3% da população com 5 ou mais anos se identifica como católica.

Estima-se que o número médio de habitantes por casa seja de 3,9 (em Portugal, a dimensão média das famílias é de 2,6 pessoas) sendo que 88,7% das casas têm acesso a água (em Portugal este valor é de 99,4%) (INEGI, 2015f; INEGI, 2015i; Pordata, 2015a). Uma menor taxa de divórcio e uma maior afiliação religiosa podem funcionar como fatores protetores para esta população, enquanto um maior número médio de habitantes poderá trazer tanto maiores responsabilidades/deveres à criança, como aumentar o seu recurso a fatores de proteção familiar, e uma menor percentagem de residências com acesso a água canalizada é um fator preocupante na saúde e bem-estar do agregado familiar.

No que toca ao desemprego, tanto os valores nacionais (4,3%) como da área metropolitana de Tijuana (4,53%) são significativamente mais baixos do que o valor em Portugal (13,9%), o que pode significar que mais famílias terão acesso aos recursos económicos necessários para a sua sobrevivência. No entanto, o salário médio nacional por hora é de 32,4 pesos, aproximadamente 1,77€, enquanto para Portugal este valor se encontra nos 6,83€/hora (considerando 4 semanas com uma carga horária de 40 horas semanais, e um valor médio de 1093€/mês podemos considerar o ganho médio por hora de aproximadamente 6,83€/hora), indicando que pode haver um menor poder de compra – não tendo em conta o custo de vida em cada país (INEGI, 2015a; INEGI, 2015e; Pordata, 2015a; Pordata 2015c).

Também na criminalidade se verificam diferenças entre os dois países: no México, verificam-se 126,4 mortes masculinas por cada 100 mortes femininas, sendo que 11,2% das mortes são consideradas violentas (contra 2,9% em Portugal em acidentes, envenenamentos e violências) (INEGI, 2015f; Pordata, 2015b). Estes dados refletem-se também na população infantil e adolescente, sendo que a UNICEF (2014a) refere que a região da América Latina e Caraíbas apresenta as maiores percentagens de homicídios do mundo nesta faixa etária (maioritariamente entre os 15 e os 19 anos), com um valor de 12 mortes por cada 100,000 habitantes, em 2012, contra a média mundial de 4, tendo os rapazes sete vezes mais probabilidade de serem vítimas de homicídio do que as raparigas. No que toca ao México, este ocupa o 11º lugar entre os 27 países da região, registando, em 2012, 7 mortes por 100000 habitantes, encontrando-se abaixo da média regional (mas acima da média mundial). Estes valores não só são preocupantes por si só, como criam nas comunidades uma atmosfera de medo – 70,2% da população com mais de 18 anos considera que a sua cidade é insegura, de acordo com as estatísticas oficiais (INEGI, 2015h) - que, no caso das crianças e adolescentes, pode diminuir a sua liberdade e autonomia.

A violência dentro dos casais é um problema com uma prevalência elevada neste país, sendo que 47% das mulheres com 15 anos ou mais registam pelo menos um incidente de violência com o seu último parceiro (INEGI, 2015f), dados que vão ao encontro aos mencionados pela UNICEF (2014a), que revela que 30% das raparigas mexicanas entre os 15 e os 17 anos experienciou episódios de violência emocional (28%), económica (4%), física (3%), ou sexual (2%). Estes dados são (à exceção da violência emocional) inferiores aos encontrados para a região da América Latina e Caraíbas.

No que toca ao contexto educativo, 92,4% da população com 15 ou mais anos é alfabetizada (ou seja, 7,6% da população não sabe ler nem escrever, contra os 5,2% registados em Portugal) (INEGI, 2015i; Pordata, 2015a). No que toca à percentagem da população que assiste à escola, encontramos como estatísticas para o estado da Baja California valores de 82,9% para a população com 5 anos (valores menores do que os 87,3% registados a nível nacional e do que os 90,6% registados em Portugal), de 96,2% para a população entre os 6 e os 12 anos (valores iguais aos registados a nível nacional e inferiores aos registados em Portugal – 106% para o 1º Ciclo e 118% para o 2º Ciclo, decorrentes possivelmente da repetição de anos letivos) e de 89,6% para a população

entre os 13 e os 15 anos (valores superiores aos 85,9% registados a nível nacional e aos 117,4% registados em Portugal) (INEGI, 2015b; INEGI, 2015c; INEGI, 2015d; Pordata 2015d).

A violência nas escolas é ainda um tópico que importa abordar. Num estudo realizado em 2006 e 2007 (UNICEF, 2014a), 44% das crianças mexicanas do sexto ano de escolaridade referiram ter sido vítimas de bullying no último mês (contra os 51% verificados na região América Latina e Caraíbas), sendo as formas mais comuns o roubo (44%, contra os 40% verificados na região), seguidos de insultos ou ameaças verbais (25%, contra os 27% registados na região) e do bullying físico (17%, contra os 16% da região). Em Portugal, nos últimos dois meses à data do estudo, 37,4% das crianças do mesmo nível de escolaridade (6º ano do ensino básico) referiram ter sido vítimas de bullying com a periodicidade máxima de 1 vez por semana, enquanto 5,6% referiram que estes episódios ocorriam mais do que uma vez por semana (Matos, Simões, Camacho, Reis & Equipa Aventura Social, 2015). A prevalência deste tipo de comportamentos é preocupante uma vez que perturba a aprendizagem infantil e o seu sentido de pertença escolar, tornando de grande importância intervenções em contexto escolar que procurem diminuir este tipo de comportamentos.

3.2. CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS NA CIDADE DE TIJUANA

De acordo com a UNICEF (2013), 28107 crianças estão em situação de acolhimento no México e, apesar de no Distrito Federal (capital) existir um programa de vigilância e supervisão de lares de infância e juventude, este parece não se estender ao resto do país. Um caso particular nesta (e outras) região de fronteira é o caso das crianças migrantes que necessitam de um acolhimento temporário – na maioria dos 16648 casos acompanhados em 2010 o acolhimento não excedeu os 10 dias, mas em 1216 casos ou se superou esse período de tempo ou não está registado qual o término da situação de acolhimento. Estes casos podem ser de migração interna, mas mais frequentemente são referentes a crianças deportadas dos Estados Unidos da América (12301 crianças foram repatriadas sem acompanhamento de um adulto em 2014) ou crianças provenientes de países como El Salvador, Guatemala e Honduras que se encontram ilegalmente em território mexicano (foram assistidas 18769 crianças em 2014 nestas condições, das quais 47,6% viajavam sozinhas) (UNICEF, 2014b).

Apesar de as diretrizes internacionais referirem que o acolhimento de crianças e jovens deve ser apenas utilizado em casos excecionais e com a menor duração possível, por toda a América Latina e Caribe esta medida é utilizada em excesso, sendo este serviço muitas vezes prestado por entidades privadas com pouca regulamentação e tendo maior expressão em certos grupos de crianças frequentemente estigmatizadas e discriminadas na região (e.g., minorias étnicas, crianças indígenas, crianças com deficiência). No que toca ao número de crianças e adolescentes por instituição, um pouco por toda região (incluindo México) se verificam instituições com capacidades superiores a 100 indivíduos, chegando mesmo a ultrapassar a marca dos 1000 (no Perú) (UNICEF, 2013).

No entanto, no que toca a mecanismos de receção e processamento de queixas ou denúncias sobre instituições de proteção de menores, o México parece ser o país que, na região, apresenta um melhor sistema, uma vez que o número de queixas registado em 2010 (213) é largamente superior aos registados noutros países (<10). O México aparece também apontado como um dos poucos países da região em que a legislação procura evitar a separação de irmãos em diferentes instituições, exceto em casos de risco evidente (UNICEF, 2013).

4. RESILIÊNCIA

Com o reconhecimento de que condições de vida adversas na infância levam a um maior risco de problemas pessoais e sociais na idade adulta, começou uma busca por parte de governos, organizações internacionais e regionais e investigadores sobre os fatores que facilitavam uma resistência ou recuperação face a estes riscos, promovendo um correto desenvolvimento (Wright et al., 2013).

Surge assim o conceito de resiliência, definido atualmente por Wright e colaboradores (2013) como um desenvolvimento positivo apesar de sérios desafios postos ao desenvolvimento do indivíduo em causa; por Masten (2014) como a capacidade de um sistema dinâmico se adaptar com sucesso a perturbações que ameaçam o seu funcionamento, viabilidade ou desenvolvimento; e por Nicoll e Nicoll (2015) como a habilidade que cada indivíduo tem de dar um sentido produtivo, positivo, recompensador e orientado por objetivos na sua vida, lidando com adversidades e dificuldades inevitáveis da existência humana. A resiliência de determinado indivíduo pode, ainda, ser medida pelo sucesso em diversas atividades esperadas da sua faixa etária (e.g., sucesso académico, romântico, nas suas amizades ou no seu trabalho), tendo existido adversidade significativa na sua infância (Shiner & Masten, 2012).

Os modelos contemporâneos de resiliência assumem que muitos sistemas, dos mais diversos níveis de funcionamento, interagem para definir o curso do seu desenvolvimento (Damon & Lerner, 2008; Masten, 2014; Pessoa, Libório & Bottrell, 2014; Shiner & Masten, 2012). A interação de microssistemas, como o sistema biológico de cada indivíduo ou a relação criança – prestador de cuidados, com mesossistemas, como as interações entre os trabalhadores sociais encarregues de uma criança em acolhimento, com exossistemas, como a assistência financeira ou social dada ao prestador de cuidados, e com macrossistemas, como os sistemas de crenças e valores da sociedade em que a criança se insere (Pessoa, Libório & Bottrell, 2014; Ungar, 2015), vai moldar todo desenvolvimento e vida de qualquer indivíduo.

Assim, a resiliência de determinado indivíduo vai depender do funcionamento de sistemas adaptativos complexos que estão continuamente em interação e em transformação, consequentemente transformando a capacidade de adaptação do indivíduo e tornando-a num processo dinâmico (Masten, 2014; Shiner & Masten, 2012). Este dinamismo permite que determinada criança possa demonstrar resiliência em apenas alguns aspetos da sua vida (e.g., bons resultados académicos, mas existência de uma perturbação da ansiedade) ou fase do seu desenvolvimento – efeito este que também está dependente tanto do tipo de risco, como do momento em que este ocorre (e.g., crianças pequenas são mais afetadas pela negligência parental, mas menos sensíveis a desastres naturais ou situações de conflito armado) (Wright et al., 2013).

As crianças que, face à adversidade, apresentam resiliência, têm tipicamente sistemas de suporte externos a si que lhes permitem “seguir em frente”. O mesmo não se verifica nas crianças que parecem “ficar para trás” – frequentemente falta-lhes o apoio básico, proteção e o respeito de que necessitam para se desenvolver de maneira adequada. Convém aqui relembrar o impacto do risco cumulativo e que as mesmas forças que se apresentam como obstáculos ao desenvolvimento da criança são-no frequentemente ao desenvolvimento da família (Masten, 2014; Wright et al., 2013).

A resiliência não é, ao contrário do que inicialmente se pensava, algo que requer recursos extraordinários. De facto, a maioria das crianças que passam por situações de adversidade mostram alguma forma de resiliência, uma vez que esta é fruto da interação dos sistemas adaptativos básicos presentes no desenvolvimento humano (Masten, 2010; 2014). O correto funcionamento destes sistemas adaptativos vai promover um percurso

desenvolvimental e uma adaptação positiva às exigências do meio, que se podem expressar como fatores externos (e.g., bons resultados académicos, manutenção da vida profissional, cumprimento das expectativas desenvolvimentais para a sua idade) ou internos (e.g., bem-estar, ausência de psicopatologia, sentimento de competência) (Shiner & Masten, 2012; Wright et al., 2013), sendo vital que a análise das estratégias de adaptação do indivíduo seja contextualizada: muitas vezes, as estratégias que permitem ao sujeito ser resiliente não são as esperadas ou mesmo socialmente aceites, sendo no entanto úteis para o seu funcionamento diário (Pessoa, Libório & Bottrell, 2014).

Como foi referido, a resiliência depende em grande parte de fatores que permitam uma mediação do efeito do risco na criança, permitindo o seu desenvolvimento positivo (Masten, 2010). Estes fatores podem ser divididos em dois grandes grupos, consoante a sua esfera de atuação: fatores com efeito interno (i.e., do indivíduo) e fatores com efeito no ambiente que rodeia a criança (e.g., na família, escola e comunidade) (Simões et al., 2009). É dos padrões de interação entre estas duas esferas que vão surgir quer adaptações positivas quer situações de psicopatologia (Ungar, 2015). É ainda importante considerar que, para diferentes graus de adversidade, se parece verificar uma diferença na importância relativa de cada um destes grupos: para a adversidade moderada os valores individuais parecem ter um efeito mais pronunciado na resiliência, enquanto para a adversidade severa se verifique o oposto (Ungar, 2015).

4.1. O INDIVÍDUO

A resiliência não pode ser medida no indivíduo como um traço temperamental único – mas há dimensões da personalidade que são consistentemente relacionadas com resiliência (Masten, 2014), ainda que alguns dos traços que podem proteger a criança de determinados problemas a possam deixar mais exposta a outros (Shiner & Masten, 2012).

Diferentes tipos de personalidade ou temperamento podem, ainda, ajudar a prever a capacidade de adaptação ao *stress* na vida diária da criança, bem como o seu sucesso na vida adulta. No seu estudo longitudinal, Shiner e Masten (2012), encontraram evidência de que, enfrentando quer alta quer baixa adversidade, crianças com boas capacidades de regulação emocional, empatia, ligação aos outros, dedicação ao trabalho escolar, exploração do seu ambiente e prazer na aprendizagem se tornavam em jovens adultos com sucesso em tarefas esperadas para a sua idade. Por outro lado, crianças com uma visão de vida negativa ou geradora de *stress* parecem ter maior dificuldade em obter um bom desempenho nestas metas de desenvolvimento.

Assim, alguns dos fatores da esfera individual que parecem estar consistentemente relacionados com crianças resilientes são: temperamento/personalidade; competências intelectuais/cognitivas; competências de resolução de problemas; boas funções executivas; competências de autorregulação emocional e do comportamento; empatia; percepções positivas de si mesmo (autoeficácia, autoestima e autoconfiança); fé, esperança e um sentido para a vida; motivação para aquisição de competências; sentido de poder para alterar a sua vida; e dedicação à tarefa (Eggerman & Panter-Brick, 2010; Masten, 2010; Shiner & Masten, 2012; Ungar, 2015; Wright et al., 2013).

O mesmo fator pode ainda funcionar de diferentes maneiras para crianças de diferentes idades ou com diferentes graus de competência (Ungar, 2015). Por exemplo, uma relação positiva com os seus pares é marcadamente mais importante na segunda infância do que em idades pré-escolares (Masten, 2010). De maneira semelhante, também determinados fatores (e.g., traços de personalidade) podem ser tanto adaptativos como desadaptativos dependendo da situação em que o indivíduo se encontra, reduzindo ou aumentando o efeito de determinado fator de risco (Shiner & Masten, 2012). A idade ou fase de desenvolvimento da criança condiciona, ainda, quais as estratégias ou fatores de que esta

está equipada para utilizar ou para angariar do seu envolvimento (Ungar, 2015; Wright et al., 2013).

As capacidades individuais exercem ainda um efeito indireto na promoção da resiliência, sendo que, por um lado, ajudam a determinar o tipo e grau de responsividade do meio em que se inserem, modelando assim os recursos ambientais disponíveis para fazer face à adversidade e, por outro, alteram a maneira como a criança percebe o mundo à sua volta, à medida que o compara com os seus próprios sistemas de crenças e valores (Shiner & Masten, 2012; Ungar, 2015).

4.2. O ENVOLVIMENTO – FAMÍLIA, ESCOLA, PARES E COMUNIDADE

Apesar dos fatores internos de determinado indivíduo, não nos podemos esquecer que o ser humano vive em sociedade numa co-dependência de outros indivíduos. No caso da idade escolar, podemos dividir o envolvimento da criança em quatro esferas interdependentes: família, escola, pares e comunidade (Simões et al., 2009). Quando maior for a capacidade que estes quatro sistemas tiverem de fornecer à criança os recursos de que necessita, mais disposta esta estará a aproveitar diversas oportunidades que possam aumentar o seu bem-estar (Ungar, 2015).

A família é o primeiro dos círculos sociais em que a criança se move e o que mais influência vai exercer no seu desenvolvimento, sendo que as boas práticas parentais; a existência de laços positivos com os prestadores de cuidados, construídos com base numa relação responsiva, afetuosa e atenta; um estilo parental democrático-participativo; relações positivas com os irmãos; suporte por parte da família alargada - parecem prever resiliência em crianças expostas a grandes adversidades. Estes fatores protegem a criança de outros riscos ambientais, ao mesmo tempo que nutrem o desenvolvimento de competências sociais e emocionais positivas tais como uma eficaz regulação emocional, o privilegiar de relações sociais positivas e o desenvolvimento de sentimentos de valor em relação a si próprio (Masten, 2010; Durmuşoğlu-Saltali, 2012; Ungar, 2015; Wright et al., 2013). Com a entrada na escola, multiplicam-se as oportunidades para a criança ou jovem formar relações com pessoas competentes e carinhosas que têm o potencial de promover o seu desenvolvimento positivo. Em conjunto com os pais, os professores contribuem para o desenvolvimento intelectual e de competências de autorregulação, em especial no que toca à atenção, emoção e comportamento (Masten, 2010).

A sensação de segurança e de pertença a uma escola estimula a criança a explorar e a aprender, sendo este efeito mais notório quando as escolas (ou outras organizações educativas) são pró-sociais e eficazes (Masten, 2010), sendo que uma escola eficaz, na ótica de Wright et al. (2013), é aquela que conta com professores bem treinados e bem compensados, com programas extracurriculares e com recursos de lazer no interior da escola (e.g., desporto, música, arte). Quando os programas educacionais não apresentam significado para os alunos ou são ineficazes em nutrir um sentimento de pertença ao ambiente escolar, os jovens podem encontrar esse sentimento ao realizar atividades antissociais, frequentemente junto de grupos de pessoas com histórias de vida semelhantes (Pessoa, Libório & Bottrell, 2014).

É muitas vezes em contexto escolar que se formam os grupos de pares que vão acompanhar a criança durante uma boa parte da sua infância ou mesmo vida. Podemos definir um grupo como um conjunto de indivíduos que interagem e têm algum grau de influência recíproca, bem como normas, comportamentos e atitudes que os caracterizam e diferenciam dos membros de outros grupos (Rubin et al., 2008). O envolvimento crescente com o grupo de pares pode trazer tantos efeitos benéficos como um aumento do risco para a criança ou jovem: quando se cria um grupo de pares pró-social este cria um

capital social protetor contra a delinquência e o abuso de substâncias (Wright et al., 2013; Hopkins, Taylor, D'Antoine & Zubrick, 2012).

Resta abordar a esfera mais alargada da vida de uma criança: a sociedade e cultura em que esta se insere, e que determinam o seu acesso a diferentes recursos (Ungar, 2015). Uma comunidade é promotora da resiliência quando é segura, tem níveis baixos de violência, habitação financeiramente acessível, acesso a centros recreativos, boa qualidade de água e ar, boas escolas, oportunidades de emprego para os pais e jovens adultos, bons sistemas de saúde pública e acesso a serviços de emergência (polícia, bombeiros, urgências hospitalares) (Wright et al., 2013).

Os valores de determinada cultura e/ou religião são fatores que promovem a identidade social, esperança, ordem e sentido de vida aos seus integrantes, mas que, por vezes, limitam as suas aspirações pessoais ou dificultam a vida quotidiana de famílias mais desfavorecidas (Eggerman & Panter-Brick, 2010). Quando a cultura inclui políticas de proteção infantil, de prevenção ou proteção contra a opressão e violência política, e uma baixa tolerância da violência (em especial física), podemos considerar que promove a resiliência dos seus membros (Wright et al., 2013).

Apesar de, em comunidades consideradas problemáticas, a associação com pares e o tempo passado em espaços comunitários aumentar a exposição da criança a fatores de risco associados com atividades antissociais (e.g., criminalidade ou consumo de substâncias), esta exposição também a ajuda a lidar com estes fatores de stress diários, a manter a coesão social e a providenciar um sentimento de segurança, aprendizagem cultural e identidade (Ungar, 2015).

Dentro da sociedade ou cultura podem existir ainda sistemas de assistência física e emocional ou tradições / rituais de apoio muitas vezes ligados a grupos religiosos, de recreação, educacionais ou de apoio especializado, que podem servir como recursos adicionais de apoio ao desenvolvimento (Masten, 2010; Wright et al., 2013).

5. RISCO E RESILIÊNCIA

A resiliência é um conceito que não pode existir sem a presença de um determinado nível de risco. No entanto, com o aumento dos níveis de risco, os níveis de resiliência diminuem e existem condições sob as quais nenhuma criança pode apresentar um desenvolvimento saudável ou mesmo sobreviver (Masten, 2010).

A título de exemplo, Masten (2010) refere o seu trabalho com crianças em condição de pobreza e crianças a viver em abrigos com as suas famílias (Masten & Sesma, 1999). Os resultados obtidos por esta investigação revelam que as crianças em situação de pobreza têm, em média, resultados abaixo dos da restante população, tanto na leitura como na matemática, e que as crianças em situação de mobilidade têm resultados ainda mais baixos que estes. É importante, no entanto, notar que existe grande variabilidade entre as crianças avaliadas, com muitas delas a obter resultados dentro ou acima da média.

Também Shiner e Masten (2012) conseguiram estabelecer, no seu trabalho, uma correlação negativa (ainda que de efeito médio) entre a adversidade crónica e fatores como: abertura a novas experiências, cooperação, generosidade, bondade, empatia, bem como persistência, planeamento e cuidado na realização de tarefas; e ainda uma correlação positiva com uma visão do mundo negativa ou geradora de *stress* (efeito também referido por Ungar, 2015). Estes traços de personalidade foram, também neste estudo, correlacionados com o sucesso (em três tarefas consideradas pelas investigadoras indicativas de uma boa adaptação) na vida de jovem adulto. É ainda interessante mencionar que as investigadoras encontraram correlações entre a adversidade crónica e valores mais baixos de sucesso académico, bem como uma conduta de menor adesão a

regras. Os resultados de Durmuşoğlu-Saltali (2012) vão ao encontro destas conclusões, ao estabelecerem correlações positivas significativas entre abuso físico, abuso emocional e negligência por um lado e comportamentos antissociais por outro, bem como uma correlação positiva significativa entre o suporte desenvolvimental (por parte dos prestadores de cuidados) e as competências sociais.

A idade da criança, jovem ou adulto, é um fator de grande influência tanto para processos protetores quanto para processos debilitantes da sua capacidade de adaptação (Masten, 2010), pelo que os esforços para a promoção da resiliência devem não só responder ao nível de risco a que o indivíduo está sujeito, mas ainda estar adequados às necessidades da sua faixa etária.

6. A PSICOMOTRICIDADE E A RESILIÊNCIA

O corpo, em todas as suas dimensões, é o veículo através do qual nos chegam os sinais e informações de que precisamos para realizar todo o tipo de aprendizagem, e o nosso (único) veículo de conexão e de ação no mundo exterior. À interação entre as possibilidades do nosso corpo e a intencionalidade da nossa mente dá-se o nome de psicomotricidade, traduzindo uma ligação profunda entre a atividade psíquica e a atividade motora. A Reabilitação (ou Terapia) Psicomotora apresenta-se como a vertente terapêutica que: através da sua intervenção com o corpo, o espaço e o tempo, ajuda o indivíduo a conhecer-se, ao que o rodeia e às suas possibilidades de ação no mundo; concebe o movimento como terapêutico se for orientado para uma reação adaptativa que permita a reorganização do cérebro da criança; promove o desenvolvimento da atenção voluntária, auto-atualização e organização da atividade motora e mental; promove a integração e atribuição de significado à experiência; promove a autossatisfação (Fonseca, 2010; Matias, 2005).

A motricidade é a primeira estrutura de comunicação e de relação com o meio desenvolvida pelo ser humano, o elo de ligação entre o recém-nascido, bebé ou criança e o cumprimento das suas necessidades básicas, sejam elas físicas, emocionais ou relacionais (Fonseca, 2004; Fonseca, 2010). Como já foi referido, a qualidade da ligação entre a criança e os seus prestadores de cuidados, que parte grandemente da sua capacidade de comunicação corporal, é um dos primeiros fatores preditores de resiliência e do adequado desenvolvimento infantil (Masten, 2010; Durmuşoğlu-Saltali, 2012; Ungar, 2015; Wright et al., 2013). É a partir da motricidade (e em função dela) que a linguagem verbal se desenvolve e organiza, sendo o ponto de partida para o desenvolvimento da atividade intelectual da criança e um requisito fundamental para a maior parte das competências sociais na adolescência e vida adulta (Fonseca, 2004; Fonseca, 2010).

A nível psiconeurológico, a Psicomotricidade e a aprendizagem estão efetivamente interligadas – e.g., as dimensões espacial e temporal da Psicomotricidade são a base da aprendizagem da leitura, escrita e matemática, que têm as praxias finas como suporte (para a escrita). Para além das aprendizagens académicas, a motricidade não pode ser dissociada da personalidade da criança, modelando a sua disposição para diferentes tipos de desenvolvimento e de aprendizagem. É ainda através da motricidade que a criança se insere na cultura e adquire noções, conhecimentos e padrões que vão permitir a sua integração em determinado grupo (Fonseca, 2004; Fonseca, 2010), sendo que todas estas aprendizagens (competência académica, personalidade prósocial e inserção cultural) são consideradas fatores-chave em processos de resiliência (Shiner & Masten, 2012; Ungar, 2015).

Esta ligação entre Psicomotricidade e os diferentes tipos de aprendizagem realçam a importância de que qualquer conceito apresente uma componente motora (corporal e cinestésica), uma vez que a sua ausência dificulta a fixação das redes neuronais múltiplas

que suportam essa memória específica. Estas atividades são percebidas muitas vezes como lúdicas para as crianças, sendo esse aspeto fundamental para que a criança possa construir ou reconstruir o seu conhecimento, motivando-a (Fonseca, 2004; Serrabona, 2015).

Tal como demonstrado por muitos autores, a Psicomotricidade é tanto uma abordagem teórica como terapêutica de grande interesse em diferentes contextos. Na área da promoção da resiliência, encontramos resultados na intervenção em contexto escolar, com crianças em situação de risco e na promoção de competências sociais.

Tanto Canals (2000) como Ibáñez (2011) e Távora (2015) desenvolveram programas em âmbito escolar, se bem que com estruturas diferentes. Canals (2000) realizou sessões psicomotoras com um grupo de 12 crianças espanholas, a frequentar o primeiro ano da primária, sendo que estas crianças, pertencentes à mesma turma, foram selecionadas devido a vários problemas de conduta. Após a intervenção, é referido que os alunos selecionados apresentavam mais facilidade na comunicação do que os colegas da mesma turma que não tinham participado, tanto entre si como na comunicação com adultos. Távora (2015) aborda, por outro lado, as vantagens de ter um espaço para o psicomotricista na escola, que sirva todos os alunos e professores na ótica de os ajudar a resolver conflitos, a estabelecer melhores relações e a motivar ambas as partes, ajudando à criação de um melhor ambiente escolar.

Ibáñez (2011), por sua parte, desenvolve o seu trabalho em escolas com um elevado número de crianças em situação de risco ou desproteção social, afirmando que a prática psicomotora é uma ferramenta eficaz e adequada para ajudar estas crianças e jovens. A autora defende que: a sala de psicomotricidade, as suas normas, espaços físicos e temporais, as atitudes coerentes do psicomotricista, a sua capacidade de escuta empática e o acompanhamento que faz, bem como a possibilidade de disfrutar do jogo num ambiente de aceitação, dão à criança uma estabilidade, estrutura e segurança que podem faltar no seu contexto familiar e social, permitindo que esta se torne mais autónoma e desenvolva capacidades positivas (e.g., aumentando a sua autoestima).

Por outro lado, trabalha também com grupos de 10-25 alunos (e.g. turma), como forma de reforçar e apoiar o desenvolvimento de toda a comunidade escolar, em especial aqueles alunos que apresentem um menor nível de risco ou dificuldades comportamentais mais “leves”, e que não sejam, portanto, prioritários para um acompanhamento mais individualizado (Ibáñez, 2011).

7. A PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA E AS CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO

Dependendo do contexto e faixa etária das crianças com que se pretende trabalhar, é possível seguir uma de três vias de modo a promover a sua resiliência: a redução do risco ou adversidade a que estão sujeitas; a promoção de competências ou ferramentas que lhes permitam fazer frente a esse risco; ou o trabalho com as suas redes de apoio, nomeadamente família e escola, de maneira a aumentar o seu potencial adaptativo (Masten, 2010).

Tal como foi referido anteriormente, para além de escolher qual(ais) a(s) abordagem(s) a utilizar, importa dar atenção ao tempo em que a intervenção é realizada – uma intervenção atempada pode reduzir problemas futuros, diminuindo ou mesmo eliminando o efeito “bola de neve” dos problemas do desenvolvimento (Masten, 2010). É importante também definir quais as esferas da vida da criança que o programa pretende abordar, referindo Simões e os seus colegas (2009) que os esforços para potenciar a resiliência devem abordar tanto os recursos individuais como ambientais, de maneira a aumentar a sua capacidade de responder aos desafios que a vida lhe coloca.

Os programas de intervenção com base na criança são os que, de uma maneira geral, obtêm validação e financiamento por parte das entidades de saúde ou educação responsáveis. No entanto, programas como a intervenção escolar (e.g., para criar um ambiente livre de *bullying* e no qual todos os elementos sentem que fazem parte da escola), a terapia familiar (e.g., para potenciar a capacidade de resolução de problemas tanto em crianças como nos seus prestadores de cuidados), ou esforços com base na comunidade (e.g., para aumentar o bem-estar de todos os seus elementos) são intervenções que têm demonstrado um grande potencial na alteração positiva da resiliência de crianças e jovens (Ungar, 2015).

As intervenções devem ser criadas com vista a terem um *timing* estratégico (respeitando as janelas de plasticidade neuronal das crianças), ser culturalmente relevantes, focarem as diferentes esferas da vida da criança, serem suficientemente extensas e aprofundadas para lidar com a magnitude do problema, fazerem um bom aproveitamento dos recursos positivos já presentes na vida da criança e, de elevada importância institucional, ter uma boa relação custo-benefício (Masten, 2014; Wright et al., 2013).

Apresentam-se, em seguida, algumas intervenções desenhadas para promover a resiliência na segunda infância, com enfoque em diferentes fatores (internos e/ou ambientais), competências e contexto de vida da criança.

8. PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA COM CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO

Nicoll e Nicoll (2015) têm desenvolvido nos últimos 35 anos um programa de aconselhamento e desenvolvimento da resiliência com um foco quase exclusivo na relação familiar. Estes autores consideram que aumentar a resiliência dos pais, através de reflexão, *Mindfulness* e treino de competências sociais, é a chave para aumentar a resiliência nos filhos e o pré-requisito para lhes ensinar competências sociais e emocionais positivas e construtivas. Criando nos pais a perceção de que o seu comportamento e o dos seus filhos segue um padrão cíclico, o treino é feito no sentido de transformar esses ciclos destrutivos em ciclos construtivos. Para este efeito, dividem a sua intervenção em cinco módulos com objetivos bem definidos: Compreender-se e respeitar-se, bem como à sua criança (pais) ou Compreender-se e respeitar-se, bem como aos outros (crianças); Competências de Empatia; Competências de Comunicação; Competências de Cooperação; e Competências de Cooperação Responsável. Por fim, referem a importância de encorajar, ao invés de elogiar, de modo a não criar expectativas demasiado altas que deem lugar, na criança, a um medo de falhar que limite a sua motivação para realizar tarefas novas / de maior dificuldade.

Peltonen, Qouta, Sarraj e Punamäki (2012) aplicaram o programa *School Mediation Intervention* (SMI, em português Intervenção de Mediação Escolar) numa escola da Faixa de Gaza, em situação de conflito ativo, comparando os resultados dos alunos desta escola com resultados de alunos de uma escola que não aplicou o SMI, localizada na mesma área geográfica. O SMI foi criado pelo Programa de Saúde Mental da Comunidade de Gaza, com a visão de que as crianças são participantes ativos e responsáveis na manutenção e melhoria das suas relações com pares, na resolução de problemas morais e na proteção de si e dos seus pares, enquanto espera simultaneamente que pais, professores e outros elementos da escola facilitem o desenvolvimento ótimo das crianças. Neste estudo, o programa em causa não conseguiu obter melhorias estatisticamente significativas para a saúde mental e funcionamento social dos participantes. No entanto, conseguiu impedir a sua deterioração, o que não se verificou no grupo de controlo (e.g., os níveis de depressão mantiveram-se em níveis subclínicos para o grupo de intervenção, enquanto no grupo de controlo se elevaram para níveis que justificariam tratamento). Um estudo anterior

realizado na mesma área geográfica (Thabet, Tawahina, Sarraj & Vostanis, 2009), mas num dos breves momentos de paz sentidos na região, obteve resultados estatisticamente significativos no que toca a uma melhoria da saúde mental e a uma diminuição dos níveis de hiperatividade dos alunos participantes.

Um outro exemplo de intervenção destinado a melhorar as competências sociais e emocionais em meio escolar é o apresentado por Coelho, Marchante e Sousa (2015) - o projeto Atitude Positiva - aplicado com crianças dos 11 aos 16 anos. Este programa foi adotado por seis escolas do ensino público (3º ciclo do ensino básico) português, consistindo em 12 sessões semanais de 60 minutos aplicadas por um(a) psicólogo(a) educacional. Os resultados recolhidos entre o 3º e 5º ano de intervenção demonstraram que o programa é eficaz no aumento da perceção social dos alunos, na diminuição da sua ansiedade e isolamento sociais, na melhoria da autoestima e na melhoria da capacidade de liderança, sendo estes efeitos particularmente notórios nos alunos que apresentavam cotações inferiores na avaliação inicial (e continuando, para este grupo, a aumentar na avaliação de seguimento).

Os programas de promoção da resiliência podem, ainda, incidir sobre competências promotoras do sucesso nas tarefas da vida adulta, como por exemplo a literacia. Harpine (2008) apresenta no seu livro várias pequenas intervenções grupais que, apesar de serem criadas para o contexto escolar, podem ser adequadas a diferentes contextos da vida da criança, com o intuito de promover o gosto pela leitura e de melhorar as capacidades de leitura e interpretação de crianças que possam ser consideradas (por um ou mais fatores) em risco de um baixo desempenho académico, de reduzir os efeitos do medo de falhar e prevenir o surgimento de crenças ligadas a falhanços repetidos, aumentar a autoestima, a autoeficácia e o sentimento de pertença à escola, entre outros.

9. CONCLUSÃO

O risco e a adversidade são frequentemente difíceis ou mesmo impossíveis de eliminar da vida de crianças e adolescentes, e os seus impactos no desenvolvimento infantil são múltiplos e frequentemente negativos. O reforço dos fatores de proteção ou a capacitação das crianças em competências sociais e emocionais podem ajudar a mediar o efeito nefasto do risco, ajudando a criar os adultos de sucesso do futuro, sendo que a reabilitação psicomotora se apresenta como um recurso promissor neste âmbito.

Estes processos, tanto de risco como de proteção, são processos muito heterogéneos - cada criança apresenta constelações diferentes de risco e proteção - e os seus efeitos são também diferentes de acordo com a criança em causa, o seu nível de desenvolvimento, idade ou género, pelo que a visão profissional deve ser adaptável e ter em conta as particularidades de cada criança/jovem. Deve ser realizado, como defende Ungar (2015), um diagnóstico de todos estes fatores, bem como do nível de resiliência demonstrado pela criança/jovem no momento em que ela se encontra.

Apenas através de uma compreensão detalhada de todos estes processos é possível, no contexto terapêutico, planear, adaptar e executar intervenções que beneficiem a criança ou o grupo ao qual se dirige a intervenção, jogando com as respetivas forças e necessidades de maneira a promover o seu desenvolvimento ótimo. O trabalho com o que funciona para cada criança deve ser o essencial de cada intervenção (Ungar, 2015), bem como a aproximação das capacidades da criança às que são esperadas de si pela sua comunidade.

Concluindo, é possível reforçar que o conhecimento teórico, aliado à análise individual das características e necessidades de cada criança, se revela como o caminho a percorrer por

todos os profissionais que procuram facilitar a resiliência e o desenvolvimento saudável das crianças/jovens com que trabalham.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canals, M. (2000). Psicomotricidad, mediación corporal y comunicación para la no-exclusión: El riesgo social y los conflictos conductuales en la escuela primaria. *Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias*, 65, 11-17.
- Coelho, V., Marchante, M., & Sousa, V. (2015) "Positive attitude": A multilevel model analysis of the effectiveness of a social and emotional learning program for Portuguese middle school students. *Journal of Adolescence*, 43, 29-38.
- Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco – CNPCJR (2015). *A criança em risco – Conceito de risco / perigo*. Retirado da Página da Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco: <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?13.02>
- Damon, W., & Lerner, R. (2008). The scientific study of child and adolescent development: Important issues in the field today. In W. Damon & R. Lerner (Eds.), *Child and adolescent development: An advanced course* (pp. 3-15). New Jersey: Wiley.
- Durmuşoğlu-Saltalı, N. (2012). The relationship between abuse within the family and social skills of Turkish senior primary school children. *Social Behavior and Personality*, 40(4), 585-590.
- Eggerman, M., & Panter-Brick, C. (2010). Suffering, hope, and entrapment: Resilience and cultural values in Afghanistan. *Social Science & Medicine*, 71, 71-83.
- Fonseca, V. (2004). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora: Significação psiconeurológica dos seus factores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Harpine, E. (2008). *Group interventions in schools: Promoting mental health for at-risk children and youth*. New York: Springer.
- Hopkins, K., Taylor, C., D'Antoine, H., & Zubrick, S. (2012). Predictors of resilient psychosocial functioning in Western Australian Aboriginal young people exposed to high family-level risk. In M. Ungar (Ed.), *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice* (pp. 425-440). New York: Springer.
- Ibáñez, B. (2011). *Cuidar a los/as no cuidados/as desde la práctica psicomotriz*. Retirado da página da Revista de Psicomotricidad: <http://www.revistadepsicomotricidad.com/2012/03/cuidar-losas-no-cuidadosas-desde-la.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía – INEGI (2015a). Baja California desocupación – Tasa de desocupación trimestral: Área metropolitana de la ciudad de Tijuana. Retirado da página do Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/CuadrosEstadisticos/GeneraCuadro.aspx?s=est&nc=1660&e=02&c=30492>
- INEGI (2015b). Características educativas de la población – Porcentaje de la población de 5 años que asiste a la escuela por entidad federativa según sexo 2000, 2005, 2010. Retirado da página do Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=medu06&s=est&c=34996>

- INEGI (2015c). Características educativas de la población – Porcentaje de la población de 6 a 12 años que asiste a la escuela por entidad federativa según sexo 2000, 2005, 2010. Retirado da página do Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=medu37&s=est&c=34997>
- INEGI (2015d). Características educativas de la población – Porcentaje de la población de 13-15 años que asiste a la escuela por entidad federativa según sexo 2000, 2005, 2010. Retirado da página do Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=medu38&s=est&c=34998>
- INEGI (2015e). Ocupación y empleo – cuadro resumen. Retirado da página do Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=25433&t=1>
- INEGI (2015f). Población, hogares y vivienda – cuadro resumen. Retirado da página do Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
- INEGI (2015g). Seguridad pública y justicia – incidencia delictiva. Retirado da página do Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/justicia/>
- INEGI (2015h). Seguridad pública y justicia – percepción de seguridad pública. Retirado da página do Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/justicia/>
- INEGI (2015i). Sociedad – cuadro resumen. Retirado da página do Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=19004>
- INEGI (2015j). Volumen y crecimiento: Población total por entidad federativa, 1895 a 2010. Retirado da página do Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo148&s=est&c=29192>
- Masten, A. (2010). Ordinary magic: Lessons from research on resilience in human development. *Education Canada*, 49(3), 28-32.
- Masten, A. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6-20.
- Masten, A., & Sesma, A. (1999). Risk and resilience among children homeless in Minneapolis. *Cura Reporter*, 29(1), 1-6.
- Matias, A. (2005). Terapia psicomotora em meio aquático. *A Psicomotricidade*, 5, 68-76
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão: Dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. Cruz Quebrada: FMH/Universidade de Lisboa.
- Nicoll, M., & Nicoll, W. (2015). *The resilience focused family culture: Raising parent & child 'RQ's' (resilience quotient)*. Documento providenciado pelos autores durante a 5ª Conferencia ENSEC.
- Núñez, J. (2003). A psicomotricidade em crianças abandonadas e maltratadas. *A Psicomotricidade*, 1(2), 27-33

- Omar, A. (2014). Explanatory variables of resilience in Latin American youngsters. *The Second World Congress on Resilience: From Person to Society*, 91-96
- Palacios, J., Moreno, C., & Román, M. (2013). Social competence in internationally adopted and institutionalized children. *Early Childhood Research Quarterly*, 28, 357-365
- Peltonen, K., Qouta, S., Sarraj, E., & Punamäki, R. (2012). Effectiveness of school-based intervention in enhancing mental health and social functioning among war-affected children. *Traumatology*, 18(4), 37-46
- Pessoa, A., Libório, R., & Bottrell, D. (2014). Critical discourses on resilience: Exploring alternatives strategies used by young people at-risk. *The Second World Congress on Resilience: From Person to Society*, 69-72
- Pordata (2015a). Números de Portugal: Quadro-resumo. Retirado da página da Base de Dados Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-6658>
- Pordata (2015b). Óbitos por algumas causas de morte (%) em Portugal. Retirado da página da Base de Dados Portugal Contemporâneo: [http://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(per+centagem\)-758](http://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(per+centagem)-758)
- Pordata (2015c). Salário médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem: Remuneração base e ganho – Portugal. Retirado da página da Base de Dados Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Portugal/Sal%C3%A1rio+m%C3%A9dio+mensal+dos+trabalhadores+por+conta+de+outrem+remunera%C3%A7%C3%A3o+base+e+ganho-857>
- Pordata (2015d). Taxa bruta de escolarização por nível de ensino em Portugal. Retirado da página da Base de Dados Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+escolariza%C3%A7%C3%A3o+por+n%C3%ADvel+de+ensino-434>
- Rubin, K., Bukowski, W., Parker, J. & Bowker, J. (2008). Peer interactions, relationships, and groups. In W. Damon & R. Lerner (Eds.) *Child and adolescent development: An advanced course* (pp. 141-180). New Jersey: Wiley.
- Serrabona, J. (2015). *Programa de educación socio-emocional a través de los cuentos vivenciados motrizmente*. Retirado da página da Revista de Psicomotricidad: http://www.revistadepsicomotricidad.com/2015/03/programa-de-educacion-socio-emocional_6.html
- Shiner, R., & Masten, A. (2012). Childhood personality as a harbinger of competence and resilience in adulthood. *Development and Psychopathology*, 24, 507-528.
- Simões, C., Matos, M., Ferreira, M., & Tomé, G. (2010). Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais: Desenvolvimento de um programa de promoção da resiliência na adolescência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 97-115.
- Simões, C., Matos, M., Tomé, G., Ferreira, M., & Diniz, J. (2009). *Ultrapassar adversidades e vencer desafios: Manual de promoção da resiliência na adolescência*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Távora, P. (2015). *A interação educador e o aluno difícil: Contribuições da psicomotricidade relacional no ambiente escolar*. Retirado da página da Revista de Psicomotricidad:

<http://www.revistadepsicomotricidad.com/2015/09/a-interacao-educador-e-o-aluno-difícil.html>

- Thabet, A., Tawahina, A., Sarraj, E., & Vostanis, P. (2009). Effectiveness of student mediation program to decrease behavioural and emotional problems in Palestinian children affected by war and trauma in the Gaza Strip. *Arabpsynet Journal*, 24, 50-55.
- Ungar, M. (2015). Practitioner review: Diagnosing childhood resilience – a systemic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(1), 4-17.
- United Nations Children's Fund – UNICEF (2013). *La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe*. UNICEF: Panamá.
- UNICEF (2014a). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. UNICEF: New York.
- UNICEF (2014b). *Informe anual 2014: UNICEF México*.
- UNICEF (2015). Beyond averages: Learning from the MDGS. *Progress for All Children*, 11
- Wright, M., Masten, A., & Narayan, A. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp.15-37). New York: Springer.

ARTIGO TEÓRICO-PRÁTICO

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo avaliar o impacto de uma adaptação do programa “Ultrapassar Dificuldades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência” numa população de crianças em situação de risco, do 1.º ao 6.º ano de escolaridade, da cidade de Tijuana (Baja California, México). Foram realizadas intervenções com dois grupos de crianças que se encontravam em contexto familiar e com um grupo de crianças em contexto institucional. As sessões realizadas, que adaptaram o programa dando-lhe um enfoque psicomotor, compreenderam a duração total de 20 horas e foram realizadas nas instituições de ensino.

A intervenção demonstrou ter alguns efeitos positivos ao nível da auto-perceção de competências relacionadas com a resiliência, bem como um efeito de diminuição de alguns fatores de riscos intra-individuais. Na ótica dos prestadores de cuidados, foram ainda encontrados resultados significativos ao nível da diminuição da hiperatividade, dos problemas de comportamento e do total de dificuldades (avaliados pelo instrumento *Strenghts and Difficulties Questionnaire*). Este programa apresenta assim resultados encorajadores, num contexto diferente ao que serviu de substrato para o desenho do programa, e reforça a noção de que as competências sociais e emocionais são vitais para o correto desenvolvimento infantil em qualquer cultura.

Palavras-chave: Resiliência, Psicomotricidade, Competências Sociais e Emocionais, Tijuana, Institucionalização

ABSTRACT

The present article aims to evaluate the impact of an adaptation of the program “Ultrapassar Dificuldades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência” in a population of children at risk, from 1st to 6th grade, in the city of Tijuana (Baja California, Mexico). The interventions were developed with two groups of children living with their families and a group of children living in an institution. The sessions, created by giving a psychomotor focus to the program, had the duration of 20 hours and were developed in the children's schools.

The intervention has demonstrated some positive effects in what pertains the self-perception of several competences related to resilience, as well as a reduction of some individual risk factors. In the perception of the caregivers, significant results were found for a decrease in hyperactivity, behavior problems and difficulties total (as evaluated by the *Strengths and Difficulties Questionnaire*). Thus, this program presents encouraging results in a context other than the one for which it was originally designed, reinforcing the notion that social and emotional competences are vital for positive child development in any culture.

Key-words: Resilience, Psychomotor Therapy, Social and Emotional Competence, Tijuana, Institutionalization

1. INTRODUÇÃO

No decorrer do crescimento da criança, esta pode ser exposta a adversidades e riscos (e.g., abuso, negligência, pobreza, conflitos armados, desastres naturais) que podem ter um impacto importante no seu bem-estar (momentâneo e futuro) e no sucesso do seu desenvolvimento (Masten, 2014, Ungar, 2015), aumentando a probabilidade de um futuro menos positivo (Shiner & Masten, 2012; Wright, Masten & Narayan, 2013).

A presença de risco não é, no entanto, sinónimo de um mau desenvolvimento no futuro, sendo os seus efeitos mediados ou moderados por fatores de proteção (e.g., boas práticas

parentais que apoiem o desenvolvimento, boa capacidade cognitiva, capacidade de resolução de problemas) (Durmuşoğlu-Saltalı, 2012; Masten, 2010, Wright et al., 2013). Quando, face ao risco e adversidade, os fatores de proteção permitem que a criança se torne num adulto bem-sucedido (pelos seus padrões e por padrões comunitários), capaz de executar tarefas previstas para a sua idade e sem problemas de saúde mental ou física, podemos afirmar que ocorreu um processo de resiliência (Ungar, 2015; Masten 2010; Masten, 2014; Wright et al., 2013).

A resiliência não é, no entanto, um traço estável, mas sim um processo. Assim, uma criança pode ser considerada como resiliente em determinado ponto do seu desenvolvimento, contexto ou aspeto da vida, mas não noutra (Wright et al., 2013). A manutenção de um balanço saudável entre as exigências do meio e as capacidades dos sistemas adaptativos da criança torna-se assim numa prioridade de todos os profissionais que trabalham com esta faixa etária.

2. RESILIÊNCIA E COMPETÊNCIAS SOCIAIS E EMOCIONAIS

A promoção da resiliência passa frequentemente pelo trabalho com e dos fatores individuais de cada criança ou jovem, podendo este trabalho passar pela aprendizagem social e emocional. Este tipo de aprendizagem (no original, Social and Emotional Learning) engloba os processos necessários a que determinado indivíduo adquira e aplique com eficácia conhecimentos, atitudes e competências vitais para compreender e gerir emoções, para definir e cumprir objetivos positivos, sentir e demonstrar empatia, estabelecer e manter relações positivas e tomar decisões responsáveis (CASEL, 2012).

Os programas de aprendizagem social e emocional são uma das intervenções com maior sucesso na promoção do desenvolvimento positivo dos participantes, com efeitos que englobam o aumento do comportamento social positivo, redução de problemas de comportamento, melhores resultados académicos, diminuição dos sintomas emocionais e melhoria do ambiente escolar. As competências sociais e emocionais são ainda vitais para formar bons alunos, cidadãos e trabalhadores, ajudando a prevenir ou a reduzir a incidência de comportamentos de risco como o uso de drogas, violência, bullying e desistência escola (CASEL, 2012).

Neste conjunto incluem-se cinco grupos de competências de grande importância, que podem ser ensinados e que devem estar, por isso, presentes em todos os programas de aprendizagem social e emocional (CASEL, 2012):

- Autoconsciência: a capacidade de reconhecer os seus pensamentos e emoções, bem como a influência que estes têm no comportamento. Isto inclui o conhecimento das forças e limitações, bem como um sentimento de eficácia e capacidade de realização;
- Autogestão: a capacidade de regular as emoções, pensamentos e comportamentos de maneira eficaz em diferentes situações. Inclui gestão do *stress*, controlo da impulsividade, automotivação e definição de objetivos;
- Consciência social: a capacidade de ver o mundo pela perspetiva do outro, de perceber normas éticas e culturais do comportamento, e de reconhecer recursos e apoios na família, escola e comunidade;
- Competências relacionais: a capacidade de estabelecer e manter relações saudáveis com vários indivíduos e grupos. Inclui comunicar claramente, ouvir ativamente, cooperar, resistir a pressão inapropriada por parte dos seus pares, negociar conflitos de maneira construtiva, e procurar e oferecer ajuda quando necessário.

- Tomada de decisões responsável: a capacidade de fazer escolhas construtivas e baseadas no respeito sobre comportamento pessoal e interações sociais, baseadas na consideração de normas éticas, segurança, normas sociais, uma avaliação realista das consequências de determinadas ações e o bem-estar (próprio e de outros).

Apesar de todas as competências sociais e emocionais promoverem o desenvolvimento positivo de crianças e adolescentes (CASEL, 2012) e, conseqüentemente, aumentar a probabilidade de manifestação de resiliência, competências como o autoconceito, a autoestima e a capacidade de formar fortes relações positivas com adultos ou outras crianças são frequentemente mencionadas como vitais na literatura sobre resiliência. No que toca ao autoconceito, o estudo de Simões, Matos, Ferreira e Tomé (2010), com adolescentes com Necessidades Educativas Especiais, estabeleceu uma relação entre níveis elevados de autoconceito e níveis elevados de bem-estar, encontrando também evidência da ação do autoconceito como moderador do efeito de acontecimentos de vida negativos no bem-estar deste grupo.

Uma visão positiva de si mesmo, que inclui conceitos como a autoestima, autoeficácia e autoconhecimento, é um dos fatores indicados por Wright et al. (2013) na sua lista de fatores promotores da resiliência, sendo que os mesmos autores alertam para que elevados valores de autoestima podem ser fatores protetores ou de risco, dependendo da correlação entre as expectativas da criança e as suas capacidades em as atingir. Dragomir (2014) refere ainda que níveis baixos de autoestima são frequentemente encontrados em crianças com comportamentos delinquentes, associados muitas vezes a baixos níveis de resistência à frustração e a um sentimento pessimista em relação à vida.

O temperamento social e adaptável desde a infância, a capacidade de formar e manter relações positivas com os seus pares e com adultos responsáveis e responsivos, e a existência de estratégias eficazes de regulação emocional e comportamental são fatores também apontados por Wright et al. (2013) como de extrema importância na predição de resiliência em crianças expostas à adversidade. Esta forte relação entre uma aprendizagem adequada das competências sociais e emocionais e o desenvolvimento positivo (e eventual resiliência) das crianças e jovens motivou diversos profissionais, instituições e mesmo entidades governamentais a desenvolver programas que permitissem reforçar as aprendizagens ocorridas naturalmente. Alguns dos programas já com evidência científica são apresentados mais à frente, bem como o programa utilizado neste estudo.

3. PSICOMOTRICIDADE E COMPETÊNCIAS SOCIAIS E EMOCIONAIS

O corpo, em todas as suas dimensões, é o veículo através do qual nos chegam os sinais e informações de que necessitamos para realizar todo o tipo de aprendizagem, e o nosso (único) veículo de conexão e de ação no mundo exterior (Fonseca, 2010). É a partir da motricidade (e em função dela) que a linguagem verbal se desenvolve e organiza, sendo o ponto de partida para o desenvolvimento da atividade intelectual da criança e um requisito fundamental para a maior parte das competências sociais na adolescência e vida adulta (Fonseca, 2004; Fonseca, 2010).

Para além destes contributos, a motricidade não pode ser dissociada da personalidade da criança, modelando a sua disposição para diferentes tipos de desenvolvimento e de aprendizagem (nas suas múltiplas facetas) e sendo através dela que a criança se insere na cultura e adquire noções, conhecimentos e padrões que vão permitir a sua integração em determinado grupo social, com tudo o que isso acarreta (Fonseca, 2004; Fonseca, 2010),

A ligação entre a psicomotricidade e a aprendizagem põe em evidência a necessidade de apresentar conceitos à criança com uma componente motora (corporal e cinestésica), facilitando a fixação das redes neuronais múltiplas que suportam essa memória específica e, assim, a sua reprodução em diversas situações. A utilização de atividades de aprendizagem social e emocional com uma base psicomotora, torna estas sessões mais lúdicas para as crianças, sendo esse aspeto fundamental para que possam construir ou reconstruir o seu conhecimento, motivando-as e permitindo não só o trabalhar de determinado conceito, mas também uma expressão mais global da competência adquirida (Fonseca, 2004; Serrabona, 2015).

4. PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DAS COMPETÊNCIAS SOCIAIS E EMOCIONAIS

Quando falamos na promoção de uma aprendizagem social e emocional dentro da sala de aula (contexto privilegiado para este tipo de intervenções) podemos encontrar três tipos de abordagem: aulas ou sessões com atividades que explicitamente trabalham estas competências; atividades integradas ao longo do currículo estabelecido formalmente para determinada disciplina; ou sessões de instrução para professores, de maneira a enriquecer a sua relação com os alunos e para os sensibilizar para a necessidade deste tipo de aprendizagem (CASEL, 2012).

A *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning* (CASEL, 2012) compilou um guia com os principais programas de Aprendizagem Social e Emocional com eficácia demonstrada através de estudos comparativos, tendo merecido destaque para o nível de educação K-5 — 19 programas, dos quais dois se destacaram pela abrangência dos seus resultados, apresentando (através de autoavaliação, observação e medições do comportamento) melhorias ao nível da melhoria dos resultados académicos e do comportamento pró-social bem como uma diminuição dos problemas de comportamento e dos sintomas emocionais — o programa *Caring School Community* e o programa PATHS. Ambos os programas abrangem alunos do pré-escolar ao sexto ano de escolaridade, apresentam uma sequência de conteúdos que permitem a estes programas uma aplicação contínua, e fornecem aos professores estratégias para que os conteúdos do programa possam ser reforçados no decorrer das aprendizagens académicas previstas para os seus alunos, apresentando, no entanto, diferenças nas suas abordagens (CASEL, 2012).

O programa *Caring School Community* (em português, comunidades escolares cuidadoras) é baseado na instrução do professor, tem um modo de intervenção contínuo, com 30 a 35 reuniões de turma para reforçar os conteúdos abordados ao longo do ano e a sua aplicação envolve não só a turma, mas também a escola, as famílias e a comunidade. Está organizado em torno de 4 atividades: *Class Meetings* (reuniões de turma, 30 a 35 por ano, que permitem a professores e alunos a criação de um espaço para se conhecerem melhor e para tomarem decisões no que toca ao funcionamento das aulas), *Cross-Age Buddies* (atividades que promovem a interação entre alunos de diferentes idades enquanto trabalham diversas aprendizagens académicas), *Homeside Activities* (atividades a ser começadas na escola, finalizadas em casa com a ajuda de um prestador de cuidados e alvo de uma reflexão de turma, uma a duas vezes por mês) e *Schoolwide Community Building Activities* (atividades implementadas na escola durante o ano letivo de modo a construir relações entre alunos, pais, professores e auxiliares, partilhar conhecimento e promover um sentimento de pertença e orgulho no ambiente escolar). Este programa já foi aplicado em aproximadamente 1000 escolas nos Estados Unidos da América, bem como na Austrália, em Espanha e na Suíça (CASEL, 2012; NREPP, 2014a).

O programa PATHS — *Promoting Alternative Thinking Strategies* (em português, promovendo estratégias de pensamento alternativas) é baseado na instrução explícita de competências, com 131 sessões de 20-30 minutos que devem ser aplicadas com uma

periodicidade de três sessões por semana, e que envolve a turma, escola e família dos alunos. Este programa promove a resolução pacífica de conflitos, a regulação emocional, a empatia e a tomada de decisões responsáveis, e as suas sessões encontram-se estruturadas com objetivos e informação de base, orientações para aplicação, sugestões para envolver os pais, uma lista de questões frequentes e respetivas respostas, atividades suplementares (algumas das quais permitem a ligação aos conteúdos académicos), folhetos informativos para a família e sugestões para a generalização dos conteúdos abordados fora da sala de aula. O programa PATHS apresenta uma extensa aplicação, estimando-se que mais de 10,500 turmas tenham participado no programa, nos Estados Unidos da América, Austrália, Bélgica, Bermudas, Brasil, Canadá, Croácia, República Checa, Inglaterra, Alemanha, Grécia, Hong Kong, Islândia, Irlanda, Israel, Japão, México, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Perú, Filipinas, Escócia, Singapura, África do Sul, Coreia do Sul, Suíça, Taiwan, e país de Gales (CASEL, 2012; NREPP, 2014b).

Apesar de não apresentar (ainda) uma aplicação tão extensa, o programa “Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência” tem apresentado resultados positivos, e apresenta uma finalidade semelhante aos programas apresentados.

4.1. O PROGRAMA “ULTRAPASSAR ADVERSIDADES E VENCER DESAFIOS: MANUAL DE PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA”

No âmbito deste trabalho, foi aplicada uma adaptação do programa “Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência”, desenvolvido por Simões, Matos, Tomé, Ferreira e Diniz (2009) do projeto Aventura Social & Saúde. Este programa surge como proposta de intervenção a nível individual, familiar, escolar, nos pares e comunitário vocacionada sobretudo a adolescentes com Necessidades Educativas Especiais, no seguimento do projeto “Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais” desenvolvido pelo mesmo grupo (Simões et al., 2010).

Este programa apresenta duas grandes componentes de intervenção: recursos ambientais, que trabalha as ligações afetivas, expectativas elevadas e oportunidades de participação nos quatro principais contextos de vida da criança/adolescente – família, escola, comunidade e grupo de pares; recursos internos, onde são abordados os temas de cooperação e comunicação, empatia, resolução de problemas, autoeficácia, autoconhecimento, objetivos e aspirações, e autoestima. São apresentadas, para cada um destes pontos, 4 atividades que podem ser adaptadas ao contexto de intervenção (Simões et al., 2009).

Aplicações anteriores do programa (Cardoso, 2012; Carvalho, 2012; Melo, 2013; Ribeiro, 2012; Teves, 2013) observaram como resultados deste programa:

1. Na perceção dos prestadores de cuidados (Streights and Difficulties Questionnaire – SDQ – versão prestadores de cuidados): melhoria nas subescalas de problemas de comportamento, problemas com pares e pontuação total de dificuldades. Resultados mistos no que toca à subescala de sintomas emocionais;
2. Na perceção dos professores (SDQ versão professores): melhoria nas subescalas de comportamento pró-social, hiperatividade, sintomas emocionais e pontuação total de dificuldades;
3. Na perceção das crianças/jovens:
 - 3.1. SDQ versão resposta própria: melhoria na subescala de problemas de comportamento, piores resultados nas subescalas de sintomas emocionais, hiperatividade e comportamento pró-social e resultados mistos nas subescalas de problemas com os pares e pontuação total de dificuldades.

- 3.2. Competências adquiridas: relacionadas com uma melhoria do comportamento, relacionadas com sentimentos e empatia; trabalho em equipa; respeito/confiança nos restantes elementos do grupo; autoeficácia e autoestima; melhor conhecimento dos restantes elementos do grupo; relacionadas com a resolução de problemas.
- 3.3. No final do programa sentem-se: mais calmas, alegres, capazes de falar/escutar, responsáveis, confiantes, com maior confiança nos restantes elementos do grupo, cooperantes e motivadas; menos conflituosas, tristes, nervosas e cansadas.

No presente estudo, optou-se por fazer a aplicação exclusiva da vertente dos recursos internos devido (1) à impossibilidade de aplicar o programa completo num dos contextos de intervenção e (2) ao facto de, em contextos de adversidade média-baixa (presente no contexto inicial) os fatores individuais e as estratégias para lidar com o stress serem preditores mais fortes de resultados positivos a nível psicológico e comportamental (Ungar, 2015). Foi realizada uma tradução do programa para Espanhol (México), uma adequação à idade do público-alvo (crianças dos 6 aos 12 anos) e um enriquecimento através da inserção de atividades com uma abordagem psicomotora e lúdica, com as vantagens referidas anteriormente, aos conteúdos abordados pelo programa. Um exemplo de plano de sessão pode ser consultado no anexo D.

5. OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo avaliar o impacto do programa “Ultrapassar Dificuldades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência” de Simões e colegas (2009) numa população de crianças em situação de risco, em idade primária, da cidade de Tijuana (Baja California, México).

5.1. QUESTÕES DO ESTUDO

Pretende-se neste estudo verificar em que medida a participação neste programa:

1. Permite um aumento dos fatores de proteção (em especial da esfera individual) associados à resiliência dos(as) alunos(as) envolvidos(as) no estudo;
2. Possibilita a diminuição dos sintomas emocionais, hiperatividade, problemas de comportamento e problemas com os pares evidenciados pelos(as) alunos(as) envolvidos(as) no estudo, na ótica de prestadores de cuidados e professores;
3. Leva a um aumento do comportamento pró-social dos(as) alunos(as) envolvidos(as) no estudo, na ótica de prestadores de cuidados e professores;
4. Promove aprendizagens na área das competências sociais e emocionais de forma perceptível para os/as participantes;
5. Demonstra um impacto diferenciado em função do género, faixa etária ou contexto de vida das crianças abrangidas.

6. MÉTODO

6.1. AMOSTRA

A amostra é constituída por 47 crianças pertencentes a duas instituições de ensino privadas – 29 alunos (61.7%) do colégio “Ana María Gómez Campos” e 18 alunos (38.3%) do colégio e casa de acolhimento “Lírio de los Valles” – que se encontravam a frequentar o ensino primário (do 1º ao 6º ano de escolaridade) durante o ano letivo 2014/2015 na cidade de Tijuana, Baja California, México.

O colégio “Ana María Gómez Campos” encontra-se inserido num centro comunitário do mesmo nome, num bairro onde habitam predominantemente famílias de estatuto socioeconómico baixo, sendo que, do universo de estudantes deste centro, foi pedido à

diretora que selecionasse, com a ajuda da psicóloga da escola, 30 crianças a ser divididas em dois grupos de intervenção consoante o ano de escolaridade. Os critérios de seleção foram deixados ao critério da diretora, sendo, no entanto, explicado previamente quais as competências que o programa iria trabalhar e sendo a aplicação realizada em exclusivo pela terapeuta. O colégio “Lírio de los Valles” encontra-se inserido na casa de acolhimento do mesmo nome, habitando todos os seus alunos na instituição, e a intervenção abrangeu todos os alunos do colégio, sendo criado um único grupo de intervenção. A intervenção foi orientada pela terapeuta responsável pelo projeto e aplicada pela mesma, por uma psicóloga e por alunos do primeiro ano de psicologia da Universidad Humanitas.

As crianças em intervenção eram maioritariamente do género masculino (34 alunos, representando 72.3% da amostra, e 13 alunas, representando 27.7% da amostra) com a idade média de 9 anos (idade mínima = 5 anos; idade máxima = 12 anos; desvio-padrão = 1.82).

7. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

No decorrer deste trabalho foram aplicados o *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (versão dos 4-17 anos, para pais e professores) (Youth in Mind, 2012), o *Children and Youth Resilience Measure* (versão completa de 28 itens) (Resilience Research Center, s.d.a) e foi adaptada a Ficha de Avaliação do Programa sugerida pelos autores do programa (Simões et al., 2009).

7.1. STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES

O SDQ (*Strenghts and Difficulties Questionnaire*) é um questionário comportamental breve aplicável a pais/prestadores de cuidados e professores/educadores de crianças dos 2 aos 17 anos ou em versão de autorresposta para crianças com mais de 11 anos. Este questionário encontra-se traduzido em 81 línguas e tem sido alvo inúmeros estudos de validação (e.g., Hawes & Dadds, 2004; Lappalainen, Savolainen, Sointu & Epstein, 2014; Marquis & Flynn, 2009; Matsushita et al., 2008; Syed, Hussein, Azam & Khan, 2009), o que permite a sua utilização em estudos comparativos e/ou de âmbito internacional (Youth in Mind, 2012).

O questionário é composto por 25 questões avaliadas numa escala de *Likert* de 3 pontos (Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade) e os seus resultados podem ser divididos em quatro subescalas de dificuldades – escala de sintomas emocionais, escala de problemas de comportamento, escala de hiperatividade, escala de problemas de relacionamento com os colegas e escala de comportamento pró-social – e uma subescala de forças – escala de comportamento pró-social – com 5 itens cada. O resultado global das dificuldades pode também ser analisado através da soma das quatro escalas de dificuldades (Youth in Mind, 2012).

Para além do questionário base, estão disponíveis o suplemento de impacto (que aborda a perceção dos pais ou professores do impacto que as dificuldades da criança têm nas diferentes áreas da sua vida) e as questões de seguimento (não utilizadas neste estudo). Apesar dos questionários apresentarem as mesmas questões quer para pais quer para professores, os últimos respondem a menos duas questões no suplemento de impacto – nomeadamente, as questões referentes à vida familiar e tempos livres da criança/jovem (Youth in Mind, 2012).

A cotação das subescalas permite caracterizar o resultado em determinada área como “Normal”, “Limítrofe” (abrange cerca de 10% da população) ou “Anormal” (abrange cerca de 10% da população), sendo que segundo os autores deste instrumento, resultados “Limítrofe” ou “Anormal” são suficientes para validar uma avaliação mais aprofundada e,

eventualmente, uma intervenção. Os intervalos de cotação variam dependendo se o questionário é aplicado a professores ou pais (excetuando no suplemento de impacto) (Youth in Mind, 2012).

7.2. *CHILD AND YOUTH RESILIENCE MEASURE* – ESCALA DE MEDIDA DA RESILIÊNCIA PARA CRIANÇAS E JOVENS

O *Child and Youth Resilience Measure-28* (em português, Medida da Resiliência para Crianças e Jovens) – CYRM-28 – é um instrumento de medição geral de resiliência, constituído por 28 itens cuja resposta é registada numa escala de Likert de 3 pontos (não, às vezes, sim) divididos em três categorias que refletem áreas de desenvolvimento chave para a resiliência: traços individuais, relação com prestadores de cuidados e fatores relacionados com o contexto que facilitam um sentimento de pertença (Resilience Research Center, s.d.a).

Existem 4 versões deste questionário: Crianças (dos 4 aos 9 anos); Jovens (dos 10 aos 23 anos); Adultos (24 anos ou mais); Pessoa de referência (alguém que conhece bem a criança ou jovem) (Resilience Research Center, s.d.a). No âmbito deste trabalho foi apenas utilizada a versão Crianças, ainda que alguns dos nossos participantes tivessem mais de nove anos, para permitir um tratamento de dados que abrangesse todas as crianças em intervenção. Este instrumento está disponível em 7 línguas - Albanês, Persa, Afrikaans, Inglês, Urdu, Espanhol (Espanha e Puerto Rico), Português (Brasil) (Resilience Research Center, s.d.b) – sendo que para este estudo foi realizada uma tradução para Espanhol (México) através das versões Espanhol (Espanha) e Inglês (ver anexo B).

7.3. FICHA DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A Ficha de Avaliação do Programa é uma tradução e adaptação da ficha Avaliação parte II – Adolescentes apresentada por Simões et al. (2009) como instrumento de avaliação subjetiva das aprendizagens realizadas no decorrer do programa (disponível no anexo B). Na versão original, é questionada a opinião sobre as atividades (são interessantes? são divertidas?), quais os momentos que gostaram mais e menos, quais os conhecimentos adquiridos e quais as modificações percebidas nos seus comportamentos/attitudes. Para este projeto, foi realizada uma tradução para Espanhol (México) com adaptação da linguagem à idade dos participantes, bem como a inserção de questões de resposta aberta sobre as aprendizagens realizadas e sobre o que gostariam que fosse alterado nas sessões.

8. PROCEDIMENTOS

8.1. RECOLHA DE DADOS

No decorrer deste estudo foram recolhidos dados em dois momentos – no início e final da intervenção – se bem que estes momentos tomaram formas diferentes dependendo do contexto de intervenção.

No colégio “Ana María Gómez Campos”, foram realizadas duas reuniões iniciais, a primeira com a diretora da escola que redirecionou depois os questionários SDQ versão professores para os docentes das crianças em intervenção e a segunda com os pais ou prestadores de cuidados das crianças selecionadas, na qual foram informados do âmbito do programa, dos resultados esperados, do horário e duração das sessões, foi pedido o consentimento escrito (ver anexo C) e foi realizado o preenchimento do SDQ versão prestadores de cuidados. A diretora da escola tratou de contactar os pais que não compareceram à reunião, tendo-lhes direcionado a folha do consentimento e o questionário. O preenchimento do CYRM-28 foi realizado durante as primeira e última sessões de

intervenção, sendo que na sessão final se realizou ainda o preenchimento da Ficha de Avaliação do Programa.

A avaliação final ocorreu de maneira semelhante, sendo que na reunião final com os pais/prestadores de cuidados se responderam ainda a dúvidas pontuais sobre o decorrer da intervenção e se forneceram avaliações subjetivas sobre as crianças aos prestadores de cuidados que assim o solicitaram.

No colégio e casa de acolhimento “Lírio de los Valles” efetuaram-se reuniões iniciais e finais com a diretora da casa de acolhimento que encaminhou para os educadores da instituição os questionários SDQ versão prestadores de cuidados e para os professores do colégio os questionários SDQ versão professores, bem como uma breve reunião inicial com o diretor do colégio para esclarecimento do programa e pedido de instalações para a realização das sessões. O preenchimento do CYRM-28 e da Ficha de Avaliação do Programa realizou-se seguindo os mesmos moldes do colégio “Ana María Gómez Campos”.

8.2. ANÁLISE DE DADOS

A análise estatística dos dados provenientes dos instrumentos de avaliação utilizados foi realizada com recurso ao *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21, tendo sido realizadas análises de frequência (na análise inicial de ambas as versões do SDQ e na análise da Ficha de Avaliação do Programa) e testes não paramétricos para amostras emparelhadas, teste de Wilcoxon (na comparação de valores pré/pós intervenção para ambas as versões do SDQ e para o CYRM). Para a condução das referidas análises, foram previamente organizadas as subescalas de cada um dos instrumentos em análise, tendo-se para tal procedido à recodificação dos itens invertidos e ao somatório dos itens referentes a cada uma das subescalas.

9. RESULTADOS

De modo a permitir uma visão global do ponto de partida da intervenção, são de seguida apresentados sumariamente os resultados da avaliação inicial com as versões Prestador de Cuidados e Professores do questionário SDQ, com a indicação do número de alunos em cada categoria.

Tabela 1 - Resultados Avaliação Inicial

	Normal		Limítrofe		Anormal	
	P.C.	Prof.	P.C.	Prof.	P.C.	Prof.
Sintomas Emocionais	23	28	5	9	17	10
Problemas de Comportamento	15	13	4	5	26	29
Hiperatividade	20	14	6	5	20	28
Problemas com Pares	12	30	11	4	21	13
Comportamento Pró-social	34	24	5	5	7	18
Total de Dificuldades	11	9	11	8	25	29

Os resultados da presente investigação são apresentados em quatro categorias, de maneira a facilitar sua apresentação e compreensão: Avaliação Global, Avaliação por Faixa Etária, Avaliação por Género e Avaliação por Contexto. Os resultados da Ficha de Avaliação do Programa serão apenas apresentados na Avaliação Global.

9.1. AVALIAÇÃO GLOBAL

No que diz respeito aos resultados do Questionário de Forças e Dificuldades (SDQ), versão Prestadores de Cuidados, observaram-se diferenças estatisticamente significativas em três

subescalas, segundo o teste de *Wilcoxon* realizado. Para a subescala problemas de comportamento ($Z = 2.32$, $p = .020$), os valores iniciais da mediana (Md inicial = 4.00) são superiores aos valores finais (Md final = 2.00), verificando-se um efeito médio ($r = .372$). O mesmo se verifica para a subescala hiperatividade (Md inicial= 6.00; Md final=5.00, $Z = 2.23$, $p = .026$), verificando-se um efeito médio ($r = .357$) e para a pontuação total de dificuldades (Md inicial= 17.0; Md final=15.0, $Z = 2.30$, $p = .021$), também com um efeito médio ($r = .369$). Os valores obtidos para as restantes subescalas são apresentados na tabela 2, sendo apenas de notar que tanto na subescala de sintomas emocionais como na subescala problema com os pares também se verificou uma ligeira descida da mediana (de 3.50 para 3.00) apesar de não se revelar estatisticamente significativa.

Tabela 2 - SDQ Prestadores de Cuidados, Avaliação Global

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.50	1.56	.118
	Final	3.00		
Problemas de comportamento	Inicial	4.00	2.32	.020
	Final	2.00		
Hiperatividade	Inicial	6.00	2.23	.026
	Final	5.00		
Problemas com os Pares	Inicial	3.50	1.71	.087
	Final	3.00		
Comportamento Pró-social	Inicial	7.00	0.267	.790
	Final	7.00		
Total de Dificuldades	Inicial	17.0	2.30	.021
	Final	15.0		

Utilizando o mesmo procedimento, foram analisados os resultados do SDQ, versão professores, sendo que foi verificada uma diminuição dos valores da mediana para a subescala hiperatividade (de 7.00 para 6.00) e um aumento quer para a subescala sintomas emocionais (de 3.00 para 4.00) quer para a pontuação total de dificuldades (de 17.0 para 18.0). No entanto nenhuma das alterações referidas se revelou estatisticamente significativa (ver tabela 3).

Tabela 3 - SDQ Professores, Avaliação Global

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.00	1.36	.175
	Final	4.00		
Problemas de comportamento	Inicial	5.00	0.215	.829
	Final	5.00		
Hiperatividade	Inicial	7.00	0.786	.432
	Final	6.00		
Problemas com os Pares	Inicial	3.00	0.281	.779
	Final	3.00		
Comportamento Pró-social	Inicial	6.00	0.845	.398
	Final	6.00		
Total de Dificuldades	Inicial	17.0	0.809	.419
	Final	18.0		

Para analisar os resultados obtidos através da Medida de Resiliência para Crianças e Jovens (CYRM), foi utilizado o teste de *Wilcoxon* nas suas três subescalas. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (ver tabela 4) havendo, contudo, uma ligeira subida das medianas para a subescala contexto (de 20.0 para 21.0).

Tabela 4 - CYRM, Avaliação Global

		Mediana	Z	p value
Individual	Inicial	29.0	0.657	.511
	Final	29.0		
Prestador de Cuidados	Inicial	19.0	0.182	.856
	Final	18.0		
Contexto	Inicial	20.0	0.747	.455
	Final	21.0		

Resta abordar os resultados obtidos através da Ficha de Avaliação do Programa (AP), analisados pelo número de alunos com determinada resposta e sua frequência relativa (ver tabelas 5, 6 e 7). As respostas mais frequentes às questões de resposta aberta são também apresentadas.

Tabela 5 - AP, Avaliação Global, Questão 1

As nossas atividades foram?	Não	Às vezes	Sim
Divertidas?	3.4% (1)	6.5% (2)	90.3% (28)
Interessantes?	3.4% (1)	17.2% (5)	79.3% (23)

Na questão 2 era perguntado aos alunos o que tinham gostado mais e menos das sessões desenvolvidas. À primeira questão as respostas mais frequentes foram: dos jogos (19 alunos), das recompensas (11 alunos); e das atividades (10 alunos). Foram ainda registadas respostas como “não sei / nada”, “de quando nos juntámos / partilhar”, “tudo” ou “aprender”. À segunda questão as respostas mais frequentes foram: mau comportamento próprio ou dos colegas (12 alunos); nada / não sei (6 alunos); não jogar (5 alunos); o tempo perdido com a sessão (5 alunos). Foram ainda registadas respostas como: “tudo”, “quando mereço amarelo” ou “não trabalhar”.

Na questão 3 os alunos eram questionados sobre se tinham realizado diversas aprendizagens relacionadas com os temas explorados em sessão, sendo as respostas possíveis “sim” ou “não”. Como é possível verificar pela análise da tabela 6, a grande maioria dos alunos refere ter aprendido os conteúdos do programa, destacando-se pela positiva as aprendizagens de cooperação e da importância de pedir ajuda (com mais de 95% dos alunos a reportarem esta aprendizagem) e tendo a aprendizagem da importância das comunicações verbais e não-verbais sido a menos reportada pelos alunos (com 77.4% de respostas “sim”).

Tabela 6 - AP, Avaliação Global, Questão 3

Aprendi:	Sim	Não
Que é importante cooperar com os outros	96.8% (30)	3.2% (1)
Que a comunicação verbal e não-verbal são importantes	77.4% (24)	22.6% (7)
Que para ter amigos preciso de compreender os sentimentos e pensamentos das outras pessoas	93.3% (28)	6.7% (2)
Que há muitas maneiras de resolver problemas	90.3% (28)	9.7% (3)
Que tenho de pensar nas consequências das minhas decisões	86.7% (26)	13.3% (4)
A acreditar nas minhas capacidades	90.3% (28)	9.7% (3)
Que pedir ajuda pode ser uma boa solução para os meus problemas	96.8% (30)	3.2% (1)
Que é importante conhecer as minhas qualidades	86.7% (26)	13.3% (4)
Que é importante ter objetivos e aspirações	93.3% (28)	6.7% (2)

Como extensão da questão 3 era perguntado aos alunos se tinham aprendido outras coisas. As respostas mais frequentes foram: sim / muitas coisas (9 alunos); a partilhar (3 alunos); a respeitar (3 alunos); e a trabalhar (3 alunos). Foram ainda registadas respostas como: “a ser melhor amigo e bom estudante, juntamente com os meus colegas”, “a não dizer asneiras” ou “a partilhar com os outros meninos e a ter amigos”.

Na questão 4 os alunos foram questionados sobre se sentiam diferenças no seu nível de proficiência em diferentes comportamentos relacionados com os temas trabalhados em sessão, sendo possíveis as respostas “sim”, “mais ou menos” ou “não” (ver tabela 7).

Tabela 7 - AP, Avaliação Global, Questão 4

Sentes-te diferente?	Sim	Mais ou menos	Não
Sei comunicar melhor com os outros	56.7% (17)	36.7% (11)	6.2% (2)
Ajudo os outros mais vezes	43.3% (13)	43.3% (13)	13.3% (4)
Posso resolver melhor os meus problemas	60% (18)	30% (9)	10% (3)
Acredito mais nas minhas capacidades	56.7% (17)	23.3% (7)	20% (6)
Conheço-me melhor	66.7% (20)	20% (6)	13.3% (4)
Não desisto quando tenho um problema	53.3% (16)	23.3% (7)	23.3% (7)
Conheço melhor os meus colegas	62.1% (18)	20.7% (6)	17.2% (5)
Penso mais no meu futuro	51.7% (15)	31.0% (9)	17.2% (5)
Tenho mais amigos	66.7% (20)	16.7% (5)	16.7% (5)
Acho que os outros acreditam mais nas minhas capacidades	73.3% (22)	10% (3)	15.7% (5)

Na questão 5, no final deste questionário, era perguntado aos alunos o que mudariam nas sessões a que assistiram, sendo que as respostas mais frequentes foram: nada / não sei (12 alunos); melhor comportamento do próprio ou do grupo (10 alunos); e jogar mais (6 alunos). Foram ainda registadas respostas como: “nada, são divertidas”, “continuar a trabalhar (i.e., continuar as sessões)” ou “conversar mais”.

9.2. AVALIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

Esta avaliação foi realizada pela divisão dos alunos em duas faixas etárias – nascidos antes de 2005 – alunos “mais velhos” (21 alunos, 44.7% da amostra, idade média = 10.6 anos, desvio-padrão = 0.669) – e nascidos depois de 2005 – alunos “mais novos” (26 alunos, 55.3% da amostra, idade média = 7.58 anos, desvio padrão = 1.21).

9.2.1. Alunos “Mais velhos”

No que toca aos resultados do Questionário de Forças e Dificuldades (SDQ) versão Prestadores de Cuidados, observaram-se diferenças estatisticamente significativas em três subescalas, segundo o teste de *Wilcoxon* realizado. Para a subescala problemas de comportamento ($Z = 2.35$, $p = .019$), os valores iniciais da mediana (Md inicial = 5.00) são superiores aos valores finais (Md final = 3.00), verificando-se um efeito elevado ($r = .569$). O mesmo se verifica na subescala problemas com os pares ($Z = 2.09$, $p = .037$), em que os valores iniciais da mediana (Md inicial = 5.00) são superiores aos valores finais (Md final = 3.00), $Z = 2.09$, $p = .037$, verificando-se um efeito elevado ($r = .506$). Por fim, no que toca à pontuação total das dificuldades ($Z = 2.04$, $p = .041$), os valores iniciais (Md inicial = 18.0) são também superiores aos valores finais (Md final = 16.0), verificando-se um efeito elevado ($r = .495$). Os valores obtidos para as restantes subescalas são apresentados na tabela 8, sendo de ressaltar uma diminuição dos valores da mediana para as subescalas sintomas emocionais e hiperatividade (de 5.00 para 3.00 e 6.00 para 5.00, respetivamente), sem que esta seja estatisticamente significativa.

Tabela 8 - SDQ Prestadores de Cuidados, Alunos "Mais Velhos"

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	5.00	1.49	.137
	Final	3.00		
Problemas de comportamento	Inicial	5.00	2.35	.019
	Final	3.00		
Hiperatividade	Inicial	6.00	1.66	.096
	Final	5.00		
Problemas com os Pares	Inicial	5.00	2.09	.037
	Final	3.00		
Comportamento Pró-social	Inicial	6.00	1.01	.311
	Final	6.00		
Total de Dificuldades	Inicial	18.0	2.04	.041
	Final	16.0		

Utilizando o mesmo procedimento, foram analisados os resultados do SDQ, versão professores, sendo que apenas se verificaram alterações estatisticamente significativas para a subescala sintomas emocionais ($Z = 2.09$; $p = .037$), para a qual os valores obtidos na avaliação inicial (Md inicial = 4.00) são inferiores aos obtidos na avaliação final (Md final = 5.50), verificando-se um efeito elevado ($r = .492$). Os valores obtidos para as restantes subescalas são apresentados na tabela 9, sendo de notar uma diminuição dos valores da mediana associados à subescala hiperatividade (de 7.00 para 6.50) e um aumento das medianas associadas à subescala problemas com os pares (de 3.00 para 4.00) e comportamento pró-social (de 5.00 para 6.00), bem como da pontuação total de dificuldades (de 17.0 para 21.5).

Tabela 9 - SDQ Professores, Alunos "Mais Velhos"

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	4.00	2.09	.037
	Final	5.50		
Problemas de comportamento	Inicial	5.00	0.366	.714
	Final	5.00		
Hiperatividade	Inicial	7.00	1.42	.157
	Final	6.50		
Problemas com os Pares	Inicial	3.00	0.778	.437
	Final	4.00		
Comportamento Pró-social	Inicial	5.00	0.342	.732
	Final	6.00		
Total de Dificuldades	Inicial	17.0	0.950	.342
	Final	21.5		

No que toca ao CYRM, Medida de Resiliência para Crianças e Jovens, para este subgrupo, foi utilizado o teste de *Wilcoxon*, sem que fossem encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma subescala (ver tabela 10), mas sendo perceptível um aumento das medianas nas subescalas individual e contexto (de 28.5 para 30.0 e de 20.0 para 21.0, respetivamente), bem como uma subtil diminuição das medianas associadas à subescala prestadores de cuidados (de 18.5 para 18.0).

Tabela 10 - CYRM, Alunos "Mais Velhos"

		Mediana	Z	p value
Individual	Inicial	3.00	0.778	.437
	Final	4.00		
Prestador de Cuidados	Inicial	5.00	0.342	.732
	Final	6.00		
Contexto	Inicial	17.0	0.950	.342
	Final	21.5		

9.2.2. Alunos "Mais Novos"

Para esta faixa etária não foram encontrados, segundo os testes de *Wilcoxon* realizados, resultados estatisticamente significativos em nenhum dos instrumentos de avaliação aplicados. Os resultados obtidos são apresentados em seguida (ver tabelas 11, 12 e 13). É de notar, nos resultados obtidos para o SDQ versão prestadores de cuidados, que se verificaram diminuições nos valores da mediana associados às subescalas de problemas de comportamento (de 3.00 para 2.00) e hiperatividade (de 6.00 para 5.00), bem como na pontuação total de dificuldades (de 16.0 para 15.0).

Tabela 11 - SDQ Prestadores de Cuidados, Alunos "Mais Novos"

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.00	0.594	.552
	Final	3.00		
Problemas de comportamento	Inicial	3.00	0.758	.448
	Final	2.00		
Hiperatividade	Inicial	6.00	1.51	.132
	Final	5.00		
Problemas com os Pares	Inicial	3.00	0.417	.676
	Final	3.00		
Comportamento Pró-social	Inicial	7.00	0.746	.455
	Final	7.00		
Total de Dificuldades	Inicial	16.0	1.10	.272
	Final	15.0		

Apesar da ausência de resultados estatisticamente significativos, é possível verificar uma diminuição dos valores da mediana para todas as subescalas do teste SDQ versão professores, com exceção da subescala de sintomas emocionais, bem como para a pontuação total de dificuldades.

Tabela 12 - SDQ Professores, Alunos "Mais Novos"

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.00	0.140	.889
	Final	4.00		
Problemas de comportamento	Inicial	4.50	0.041	.968
	Final	4.00		
Hiperatividade	Inicial	7.00	0.141	.888
	Final	6.00		
Problemas com os Pares	Inicial	2.50	0.132	.895
	Final	2.00		
Comportamento Pró-social	Inicial	6.50	1.46	.145
	Final	6.00		
Total de Dificuldades	Inicial	17.5	0.229	.819
	Final	17.0		

Para o teste CYRM, Medida de Resiliência para Crianças e Jovens, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, verificando-se uma diminuição dos valores da mediana nas subescalas individual (de 30.0 para 28.0) e prestadores de cuidados (de 19.0 para 18.0).

Tabela 13 - CYRM, Alunos "Mais Novos"

		Mediana	Z	p value
Individual	Inicial	30.0	1.03	.305
	Final	28.0		
Prestador de Cuidados	Inicial	19.0	0.670	.503
	Final	18.0		
Contexto	Inicial	20.0	0.070	.944
	Final	20.0		

9.3. AVALIAÇÃO POR GÊNERO

Esta avaliação foi realizada pela divisão dos alunos por gênero – masculino (34 alunos, 72.3%) e feminino (13 alunas, 27.7%).

9.3.1. Gênero Masculino

No que diz respeito aos resultados do Questionário de Forças e Dificuldades (SDQ) versão Prestadores de Cuidados, observaram-se, segundo o teste de *Wilcoxon* realizado, diferenças estatisticamente significativas para a subescala problemas de comportamento ($Z = 2.18$, $p = .029$), na qual os valores iniciais (Md inicial = 4.00) são superiores aos valores finais (Md final = 2.00), verificando-se um efeito médio-elevado ($r = .413$). Os valores obtidos para as restantes subescalas são apresentados na tabela 14, sendo de ressaltar uma diminuição dos valores da mediana para as subescalas sintomas emocionais (de 3.00 para 2.00) e hiperatividade (de 6.00 para 5.00), bem como para a pontuação total de dificuldades (de 16.0 para 13.0).

Tabela 14 - SDQ Prestadores de Cuidados, Gênero Masculino

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.00	1.21	.228
	Final	2.00		
Problemas de comportamento	Inicial	4.00	2.18	.029
	Final	2.00		
Hiperatividade	Inicial	6.00	1.39	.163
	Final	5.00		
Problemas com os Pares	Inicial	3.00	1.38	.168
	Final	3.00		
Comportamento Pró-social	Inicial	7.00	0.142	.887
	Final	7.00		
Total de Dificuldades	Inicial	16.0	1.67	.096
	Final	13.0		

Utilizando o mesmo procedimento, foram analisados os resultados do SDQ, versão professores, sendo que não se verificaram alterações estatisticamente significativas (ver tabela 15). É, no entanto, de notar uma diminuição dos valores da mediana para a subescala hiperatividade (de 8.00 para 7.00) e para a pontuação total de dificuldades (de 19.50 para 19.00), bem como um aumento dos valores da mediana associados à subescala sintomas emocionais (de 3.00 para 4.00).

Tabela 15 - SDQ Professores, Género Masculino

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.00	0.799	.424
	Final	4.00		
Problemas de comportamento	Inicial	5.00	0.286	.755
	Final	5.00		
Hiperatividade	Inicial	8.00	0.786	.432
	Final	7.00		
Problemas com os Pares	Inicial	3.00	0.014	.989
	Final	3.00		
Comportamento Pró-social	Inicial	5.00	0.664	.507
	Final	5.00		
Total de Dificuldades	Inicial	19.5	0.011	.991
	Final	19.0		

De igual modo, o teste de *Wilcoxon* aplicado ao CYRM, Medida de Resiliência para Crianças e Jovens, não obteve, para os alunos do género masculino, resultados estatisticamente significativos (ver tabela 16), verificando-se, no entanto, uma diminuição dos valores da mediana associados às subescalas individual (de 29.5 para 27.5) e prestadores de cuidados (de 19.0 para 18.0), bem como uma ligeira subida dos valores da mediana para a subescala contexto (de 20.0 para 20.5).

Tabela 16 - CYRM, Género Masculino

		Mediana	Z	p value
Individual	Inicial	29.5	0.057	.954
	Final	27.5		
Prestador de Cuidados	Inicial	19.0	0.316	.752
	Final	18.0		
Contexto	Inicial	20.0	0.167	.868
	Final	20.5		

9.3.2. Género Feminino

Em relação aos resultados do Questionário de Forças e Dificuldades (SDQ) versão Prestadores de Cuidados, observaram-se, segundo o teste de *Wilcoxon* realizado, diferenças estatisticamente significativas para a subescala hiperatividade ($Z = 2.172$, $p = .030$), na qual os valores iniciais (Md inicial = 6.00) são superiores aos valores finais (Md final = 5.00), verificando-se um efeito elevado ($r = .655$). Os valores obtidos para as restantes subescalas são apresentados na tabela 17, sendo de ressaltar uma diminuição dos valores da mediana para as subescalas sintomas emocionais (de 5.00 para 4.00), problemas de comportamento (de 4.00 para 2.00), problemas com os pares (de 5.00 para 3.00) e comportamento pró-social (de 8.00 para 7.00), apesar de não se revelarem estatisticamente significativas.

Tabela 17 - SDQ Prestadores de Cuidados, Género Feminino

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	5.00	1.01	.311
	Final	4.00		
Problemas de comportamento	Inicial	4.00	.772	.440
	Final	2.00		
Hiperatividade	Inicial	6.00	2.172	.030
	Final	5.00		
Problemas com os Pares	Inicial	5.00	1.21	.228
	Final	3.00		
Comportamento Pró-social	Inicial	8.00	0.368	.713
	Final	7.00		
Total de Dificuldades	Inicial	17.0	1.53	.126
	Final	17.0		

Utilizando o mesmo procedimento, foram analisados os resultados do SDQ, versão professores, sendo que não se verificaram alterações estatisticamente significativas (ver tabela 18). No entanto, é de notar uma diminuição dos valores da mediana para as subescalas hiperatividade (de 6.00 para 5.50) e comportamento pró-social (de 7.00 para 6.00), bem como aumentos dos valores da mediana para as subescalas sintomas emocionais (de 4.00 para 5.50), problemas de comportamento (de 3.00 para 4.00), problemas com os pares (de 3.00 para 3.50) e para a pontuação total de dificuldades (de 15.0 para 18.0).

Tabela 18 - SDQ Professores, Género Feminino

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	4.00	1.35	.178
	Final	5.50		
Problemas de comportamento	Inicial	3.00	0.880	.379
	Final	4.00		
Hiperatividade	Inicial	6.00	0.120	.904
	Final	5.50		
Problemas com os Pares	Inicial	3.00	0.414	.679
	Final	3.50		
Comportamento Pró-social	Inicial	7.00	0.462	.644
	Final	6.00		
Total de Dificuldades	Inicial	15.0	1.62	.106
	Final	18.0		

De igual modo, o teste de *Wilcoxon* aplicado ao CYRM, Medida de Resiliência para Crianças e Jovens, não obteve, para o género feminino, resultados estatisticamente significativos (ver tabela 19), sendo, no entanto, digno de nota o aumento dos valores da mediana para as subescalas individual (de 28.0 para 30.0) e contexto (de 19.50 para 22.0).

Tabela 19 - CYRM, Género Feminino

		Mediana	Z	p value
Individual	Inicial	28.0	1.13	.259
	Final	30.0		
Prestador de Cuidados	Inicial	18.0	0.153	.892
	Final	18.0		
Contexto	Inicial	19.5	1.275	.202
	Final	22.0		

9.4. AVALIAÇÃO POR CONTEXTO

Esta avaliação foi realizada pela divisão dos alunos por contexto de intervenção – alunos do colégio “Ana María Gómez Campos” (29 alunos, 61.7%) e alunos do colégio e casa de acolhimento “Lírio de los Valles” (18 alunos, 38.3%).

9.4.1. Alunos do Colégio “Ana María Gómez Campos”

No que toca aos resultados do SDQ versão Prestadores de Cuidados, observaram-se diferenças estatisticamente significativas, segundo o teste de *Wilcoxon* realizado, para a subescala hiperatividade ($Z = 2.29$, $p = .022$), em que os valores iniciais da mediana são superiores aos valores finais (de 6.50 para 5.00), verificando-se um efeito médio - elevado ($r = .488$). Os resultados das restantes subescalas podem ser consultados na tabela 20, sendo apenas de referir uma diminuição dos valores da mediana para a subescala problemas de comportamento (de 3.50 para 2.00) e para a pontuação total de dificuldades (de 16.0 para 15.0), bem como um ligeiro aumento dos valores da mediana associados à subescala sintomas emocionais (de 3.50 para 4.00), sem que se revelem estatisticamente significativas.

Tabela 20 - SDQ Prestadores de Cuidados, Alunos Colégio “Ana María Gómez Campos”

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.50	0.519	.604
	Final	4.00		
Problemas de comportamento	Inicial	3.50	1.26	.207
	Final	2.00		
Hiperatividade	Inicial	6.50	2.29	.022
	Final	5.00		
Problemas com os Pares	Inicial	3.00	0.194	.846
	Final	3.00		
Comportamento Pró-social	Inicial	7.00	0.869	.385
	Final	7.00		
Total de Dificuldades	Inicial	16.0	1.50	.134
	Final	15.0		

Quanto aos resultados do SDQ, versão professores, não se encontraram alterações estatisticamente significativas, segundo o teste de *Wilcoxon* realizado. Os valores obtidos podem ser consultados na tabela 21, entre os quais se incluem uma diminuição dos valores da mediana para a subescala hiperatividade (de 7.00 para 6.00), bem como um aumento dos valores da mediana para as subescalas sintomas emocionais (de 3.00 para 4.50) e problemas com os pares (de 2.00 para 3.50).

Tabela 21 - SDQ Professores, Alunos Colégio "Ana María Gómez Campos"

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.00	1.15	.250
	Final	4.50		
Problemas de comportamento	Inicial	4.00	0.670	.503
	Final	4.00		
Hiperatividade	Inicial	7.00	1.46	.145
	Final	6.00		
Problemas com os Pares	Inicial	2.00	1.17	.241
	Final	3.50		
Comportamento Pró-social	Inicial	6.00	0.330	.741
	Final	6.00		
Total de Dificuldades	Inicial	17.0	0.656	.512
	Final	17.0		

De igual modo, o teste de *Wilcoxon* aplicado ao CYRM, Medida de Resiliência para Crianças e Jovens; não obteve, para os alunos deste colégio, resultados estatisticamente significativos (ver tabela 22), verificando-se, no entanto, uma descida dos valores da mediana associados à subescala individual (de 30.0 para 29.0) e prestadores de cuidados (de 19.0 para 18.0).

Tabela 22 - CYRM, Alunos Colégio "Ana María Gómez Campos"

		Mediana	Z	p value
Individual	Inicial	30.0	0.668	.504
	Final	29.0		
Prestador de Cuidados	Inicial	19.0	0.416	.677
	Final	18.0		
Contexto	Inicial	20.0	0.629	.529
	Final	20.0		

9.4.2. Alunos do Colégio e Casa de Acolhimento "Lírio de los Valles"

No que toca aos resultados do SDQ versão Prestadores de Cuidados, observaram-se diferenças estatisticamente significativas, segundo o teste de *Wilcoxon* realizado, para a subescala dos problemas com os pares ($Z = 2.50$, $p = .012$) com uma diminuição dos valores da mediana (Md inicial = 4.00; Md final = 3.00), verificando-se um efeito elevado ($r = .606$). Os resultados das restantes subescalas podem ser consultados na tabela 23, nomeadamente uma diminuição dos valores da mediana para todas as subescalas, bem como para a pontuação total de dificuldades, sem que estes resultados sejam estatisticamente significativos.

Tabela 23 - SDQ Prestadores de Cuidados, Alunos Colégio e Casa de Acolhimento "Lírio de los Valles"

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.50	1.73	.083
	Final	2.00		
Problemas de comportamento	Inicial	5.00	1.89	.059
	Final	3.00		
Hiperatividade	Inicial	5.50	0.883	.377
	Final	5.00		
Problemas com os Pares	Inicial	4.00	2.50	.012
	Final	3.00		
Comportamento Pró-social	Inicial	6.00	0.461	.645
	Final	5.00		
Total de Dificuldades	Inicial	17.0	1.85	.064
	Final	13.0		

Quando aos resultados do SDQ versão professores, não se encontraram alterações estatisticamente significativas segundo o teste de *Wilcoxon* realizado. Os valores obtidos podem ser consultados na tabela 24, merecendo atenção a diminuição dos valores da mediana verificada para a subescala de problemas com os pares (de 4.50 para 3.00) e para a pontuação total de dificuldades (de 24.0 para 22.0).

Tabela 24 - SDQ Professores, Alunos Colégio e Casa de Acolhimento "Lírio de los Valles"

		Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	4.00	0.773	.439
	Final	4.00		
Problemas de comportamento	Inicial	6.00	0.507	.612
	Final	6.00		
Hiperatividade	Inicial	7.00	0.600	.548
	Final	7.00		
Problemas com os Pares	Inicial	4.50	0.856	.392
	Final	3.00		
Comportamento Pró-social	Inicial	4.00	0.859	0.390
	Final	4.00		
Total de Dificuldades	Inicial	24.0	0.475	.635
	Final	22.0		

De igual modo, o teste de *Wilcoxon* aplicado ao CYRM, Medida de Resiliência para Crianças e Jovens, não obteve, para estes alunos, resultados estatisticamente significativos (ver tabela 25) verificando-se, no entanto, aumentos da mediana para as subescalas individual (de 27.0 para 27.5) e contexto (de 20.0 para 21.5), bem como uma diminuição para subescala prestadores de cuidados (de 19.0 para 18.0).

Tabela 25 - CYRM, Alunos Colégio e Casa de Acolhimento "Lírio de los Valles"

		Mediana	Z	p value
Individual	Inicial	27.0	0.255	.798
	Final	27.5		
Prestador de Cuidados	Inicial	19.0	0.102	.918
	Final	18.0		
Contexto	Inicial	20.0	0.537	.591
	Final	21.5		

10. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para facilitar a análise e posterior discussão dos resultados obtidos, estes são apresentados de acordo com o proveniente: na visão dos prestadores de cuidados, na visão dos professores, e na visão das crianças.

10.1. NA VISÃO DOS PRESTADORES DE CUIDADOS

A visão dos prestadores de cuidados é analisada, neste trabalho, com recurso aos resultados do SDQ versão prestadores de cuidados. Fazendo uma síntese destes resultados podemos afirmar que os prestadores de cuidados sentem maioritariamente uma diminuição dos sintomas emocionais com exceção da avaliação exclusiva ao colégio "Ana María Gómez Campos" em que se registou uma ligeira subida, não sendo esta diminuição estatisticamente relevante para nenhuma das avaliações realizadas. Estes resultados vão de encontro à menção do CASEL (2012) de que os programas de Aprendizagem Social e Emocional podem levar a uma redução dos sintomas emocionais sendo que, no entanto, apenas as aplicações realizadas anteriormente por Teves (2013) e Melo (2013) referiram ter encontrado diferenças para esta subescala, com resultados mistos (enquanto os educadores reportaram uma diminuição destes valores, os auxiliares reportaram o contrário). É possível que estas diferenças advenham da chamada de atenção para esta componente do comportamento que é, frequentemente, desvalorizada, mas seria recomendável que aplicações posteriores do programa prestem particular atenção a este ponto.

As reduções dos valores associados às subescalas problemas de comportamento (estatisticamente significativa na avaliação global, em ambos os grupos de idade e na avaliação para o género masculino) e problemas com os pares (estatisticamente significativa na avaliação dos alunos "mais velhos" e no colégio e casa de acolhimento "Lírio de los Valles"), bem como para a pontuação total de dificuldades (estatisticamente significativa na avaliação global e na avaliação dos alunos "mais velhos") vão de encontro aos resultados obtidos pelas aplicações anteriores deste programa (Cardoso, 2012; Melo, 2013; Ribeiro, 2012; Teves, 2013) e ao referido pelo CASEL (2012), segundo o qual os programas de Aprendizagem Social e Emocional apresentam frequentemente resultados ao nível da redução de problemas de conduta e uma melhoria das relações positivas tanto entre a crianças e seus pares como entre a criança e adultos de referência na sua vida.

Apesar de não existirem referências nas aplicações anteriores a alterações nos resultados da subescala de hiperatividade, os prestadores de cuidados percecionaram uma redução dos valores a esta associados, sendo esta diminuição estatisticamente significativa na avaliação global, na avaliação do género feminino e na avaliação dos alunos do colégio "Ana María Gómez Campos" e visível em todas as restantes avaliações. Esta diferença de resultados pode ter origem cultural, sendo possível que o treino das capacidades de autogestão como a capacidade de regular as emoções, pensamentos e comportamentos de maneira eficaz (CASEL, 2012) possam levar a uma diminuição dos comportamentos

classificáveis pelos prestadores de cuidados da cidade de Tijuana como pertencentes à subescala de hiperatividade. Um outro resultado não mencionado nas aplicações anteriores do programa, ainda que de expressão mais modesta, é a leve diminuição verificada nos valores do comportamento pró-social na avaliação do género feminino e na avaliação dos alunos do colégio e casa de acolhimento “Lírio de los Valles”. Esta alteração não apresenta significância estatística, podendo ser decorrente de uma maior atenção dos prestadores de cuidados a este fator e, no que toca aos valores dos alunos do colégio e casa de acolhimento “Lírio de los Valles”, pela alteração do prestador de cuidados que preencheu o questionário.

10.2. NA VISÃO DOS PROFESSORES

De maneira semelhante à visão dos prestadores de cuidados, também a visão dos professores é aqui registada com recurso aos resultados do SDQ versão professores, sendo que, na maioria das avaliações realizadas, não se obtiveram resultados estatisticamente significativos, com a exceção dos resultados da subescala sintomas emocionais para a avaliação dos alunos “mais velhos”. O resultado mais evidente é a diminuição dos valores associados à subescala de hiperatividade em todas as avaliações excetuando na avaliação dos alunos do colégio e casa de acolhimento “Lírio de los Valles”. Este resultado vai ao encontro ao trabalho de Carvalho (2012), sendo que as restantes aplicações do programa não recorreram a uma avaliação por parte dos professores, e pode ter origem numa gestão mais eficaz por parte dos alunos dos seus comportamentos, emoções e pensamentos (CASEL, 2012), resultando num comportamento mais calmo na sala de aula.

Também generalizado é um aumento dos valores associados à subescala de sintomas emocionais que contraria os resultados de Carvalho (2012) e que, como foi referido no caso dos prestadores de cuidados, pode advir de uma maior consciencialização dos mesmos – podemos argumentar que atitudes ou comportamento de cariz, e.g., hiperativo tendem a perturbar significativamente mais o funcionamento da sala de aula do que ações ou atitudes relacionadas com os sintomas emocionais, suscitando uma menor atenção por parte do professor que, quando confrontado com um instrumento que lhe faz questões específicas a este tema, se torna mais atento a estas questões, ou ainda a existência de fatores de origem ambiental, nomeadamente acontecimentos de vida negativos, fora do controlo da sessão, que possam ter tido impacto no aumento dos sintomas emocionais no momento da avaliação final. Esta questão pode não ter tido peso na aplicação de Carvalho (2012) devido aos três momentos de pré-teste realizados, situação que não foi possível replicar no presente estudo.

Na subescala de problemas de comportamento obtivemos resultados mistos: uma diminuição dos valores na avaliação dos alunos “mais novos” e um aumento dos valores na avaliação do género masculino. As aplicações anteriores não produziram resultados no que toca a esta subescala e, uma vez que os resultados obtidos não apresentam significância estatística, é possível considerar que estes se devem a alterações em criança(s) específica(s) e não a um efeito da intervenção. Uma questão semelhante se coloca para a subescala de problemas com os pares, com uma diminuição dos valores nas avaliações dos alunos “mais novos” e do colégio e casa de acolhimento “Lírio de los Valles” a ser contrariada por um aumento nas avaliações dos alunos “mais velhos” e do colégio “Ana María Gómez Campos”.

No que toca ao comportamento pró-social são também verificáveis resultados mistos, ainda que seja mais predominante a diminuição destes valores (nas avaliações alunos “mais novos” e género feminino, sendo um aumento verificável na avaliação dos alunos “mais velhos”), o que contraria os resultados de Carvalho (2012). Estes resultados não apresentam, no entanto, peso suficiente para que se possam tirar conclusões quanto ao

efeito do programa nesta área. Por fim, também no que toca à pontuação total de dificuldades, não se verifica concordância entre as avaliações, o que era de esperar dado a grande variabilidade dos resultados obtidos para as restantes subescalas, ainda que Carvalho (2012) tenha obtido para a sua amostra uma redução destes valores.

De um modo geral, os resultados produzidos pelo SDQ versão professores apresentam menos força do que os resultados produzidos pelo SDQ versão prestadores de cuidados, possivelmente porque os prestadores de cuidados têm apenas de avaliar a sua criança, facilitando a perceção de alterações que podem ser demasiado subtis para que o professor, tendo que gerir toda uma turma em simultâneo, avalie como significativas. Também a variabilidade do comportamento consoante o ambiente em que as crianças se encontram pode influenciar estas diferenças de avaliação, podendo a expressão das modificações nas suas ações, pensamentos e atitudes estar condicionada pelos conjuntos de regras aplicados em casa e na escola.

10.3. NA VISÃO DAS CRIANÇAS

As perceções das crianças em relação a esta intervenção foram analisadas com recurso ao CYRM e à Ficha de Avaliação do Programa, sendo que, no que toca ao primeiro instrumento, não foram verificadas alterações estatisticamente significativas para nenhuma das suas subescalas em nenhuma das avaliações realizadas. Ainda que não estatisticamente significativas, verificou-se uma subida das pontuações associadas à subescala contexto e uma descida da subescala prestadores de cuidados, ambas em cinco das sete avaliações realizadas, possivelmente devidas a uma sensibilização das crianças a características que podem não fazer parte do seu pensamento consciente no dia-a-dia. Quanto à subescala individual, obtiveram-se tantas subidas quantas descidas nestes resultados, pelo que se depreende que estas alterações são fruto de casos específicos e não de um efeito globalizado da intervenção. As aplicações anteriores deste programa não incluíram nas suas baterias de avaliação este instrumento, pelo que não são possíveis comparações. Sugere-se que este instrumento possa ser mais útil no processo de sinalização ou em processos de índole mais individual. É ainda possível que o instrumento possua ainda uma baixa sensibilidade a mudanças nas competências emocionais e sociais, podendo esta ser aumentada em subseqüentes revisões do mesmo.

Os resultados da Ficha de Avaliação do Programa permitem a conclusão de que as sessões desenvolvidas foram interessantes e divertidas para as crianças, que sentiram também diferenças no seu nível de competência social e emocional. Mais concretamente, os alunos referiram melhorias nas competências de cooperação e comunicação, empatia, resolução de problemas e autoeficácia, resultados em concordância com os obtidos pelos estudos anteriores (Cardoso, 2012; Carvalho, 2012; Melo, 2013; Ribeiro, 2012; Teves, 2013), e ainda na perceção das consequências das suas ações, na capacidade de pedir ajuda, ao nível do autoconhecimento e na definição de objetivos e aspirações para a sua vida. Para além destas competências, os alunos referiram ter aprendido a partilhar, a respeitar, a ajudar os outros mais vezes e a não desistir face a um problema - resultados na linha dos reportados por Cardoso (2012), Carvalho (2012), Melo (2013), Ribeiro (2012) e Teves (2013) – e que após a intervenção sentem que conhecem melhor os seus colegas, que têm mais amigos e que os outros acreditam mais nas suas capacidades. Estes resultados não só vão de encontro aos referidos pelo CASEL (2012) como sendo resultados esperados (e desejados) dos programas de aprendizagem social e emocional, como estão na sua maioria incluídos nos fatores referidos por Wright et al. (2013) como tendo uma grande importância nos processos de resiliência.

11. CONCLUSÃO

Este estudo tinha como objetivo avaliar o impacto do programa “Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência” de Simões et al. (2009) numa população de crianças em situação de risco da cidade de Tijuana mas, sobretudo, produzir uma diferença positiva na vida dos alunos que participaram nesta intervenção e, quem sabe, permitir uma adaptação e replicação deste programa para a realidade mexicana. A partir da discussão dos resultados obtidos nos instrumentos de avaliação utilizados, é possível ficar com a ideia de que os efeitos da intervenção foram, na sua maioria, positivos. Para sintetizar estes efeitos, podemos recorrer às questões de estudo, que pretendem verificar em que medida a participação no programa:

1. Permite um aumento dos fatores de proteção (em especial da esfera individual) associados à resiliência dos(as) alunos(as) envolvidos(as) no estudo;
 - 1.1. Através dos resultados do instrumento de avaliação CYRM, selecionado para responder a esta questão, não foi possível obter respostas claras para nenhuma das esferas avaliadas. No entanto, a análise dos restantes instrumentos de avaliação (discutidos de seguida) permite confirmar o desenvolvimento de algumas capacidades ligadas à resiliência, bem como a atenuação de alguns fatores de risco intra-individuais. Para além da avaliação formal, acrescenta o aumento das capacidades de autoavaliação do comportamento, de regulação do mesmo e de capacidade de trabalho em grupo, verificadas pela terapeuta ao longo das sessões, e que permite um sentimento positivo em relação ao aumento do potencial de resiliência destas crianças;
2. Possibilita a diminuição dos sintomas emocionais, hiperatividade, problemas de comportamento e problemas com os pares evidenciados pelos alunos envolvidos no estudo, na ótica de prestadores de cuidados e professores;
 - 2.1. Para responder a esta questão recorreu-se ao instrumento de avaliação SDQ, que permite avaliar a perceção que prestadores de cuidados e professores têm de determinadas componentes do comportamento infantil. Foi possível observar uma diminuição estatisticamente significativa da hiperatividade, problemas de comportamento e no total de dificuldades percebíveis pelos prestadores de cuidados dos alunos envolvidos, bem como uma diminuição (ainda que não estatisticamente significativa) dos sintomas emocionais e problemas com os pares.
 - 2.2. No entanto, as mudanças de comportamento observadas pelos prestadores de cuidados não encontram reflexo nos professores – na avaliação realizada por estes últimos, não foi possível encontrar alterações com significância estatística. A avaliação global dos resultados do SDQ versão professores aponta-nos para uma diminuição da hiperatividade, mas aumento dos sintomas emocionais e do total de dificuldades. Face a esta discordância entre as avaliações realizadas, pode-se argumentar que os prestadores de cuidados poderão ser mais sensíveis a alterações comportamentais mais “ligeiras”, ou ainda que o comportamento se tenha alterado de forma diferente conforme o contexto (i.e., que as crianças demonstrem estas diferenças preferencialmente em contexto extra-escolar);
3. Leva a um aumento do comportamento pró-social dos alunos envolvidos no estudo, na ótica de prestadores de cuidados e professores;
 - 3.1. Não foram encontradas, nas avaliações globais dos resultados do SDQ, alterações neste ponto, nem na ótica de prestadores de cuidados (ver tabela 1), nem na ótica de professores. Esta ausência de alterações parece “chocar” com a aquisição de competências reportada pelos alunos (discutida no ponto 4) e com a perceção da terapeuta de um maior sentido de interajuda e de socialização positiva dentro das sessões, podendo estas alterações ser mais percebíveis ao próprio do que a prestadores de cuidados ou professores. Estas diferenças podem ainda ter origem

no tipo de questões colocadas pelo instrumento (mais gerais), sendo importante referir que os valores médios para esta subescala são bastante elevados e dentro da categoria “normal” do instrumento (nomeadamente, 7 em 10 na versão para prestadores de cuidados e 6 em 10 na versão para professores).

4. Promove aprendizagens na área das competências sociais e emocionais de forma perceptível para os participantes;
 - 4.1. Este ponto foi avaliado recorrendo à Ficha de Avaliação do Programa, procurando avaliar duas questões fundamentais: a perceção que os alunos tinham da sua aprendizagem de determinados conceitos e a avaliação das alterações produzidas (ou não) no seu comportamento. Como se pode observar, a maioria das crianças respondeu ter adquirido as competências referidas e verifica-se que a maioria das crianças sente algumas diferenças positivas no seu comportamento. Pode assim considerar-se que, na ótica dos participantes, foram perceptíveis aprendizagens e desenvolvimento de competências nas áreas sociais e emocionais. Estes resultados parecem colidir com as avaliações de prestadores de cuidados e professores (ver ponto 3), sendo possível que as mudanças fossem demasiado ténues ou pouco visíveis no contexto de vida diária das crianças. É, no entanto, um resultado bastante positivo.
5. Demonstra um impacto diferenciado em função do género, faixa etária ou contexto de vida das crianças abrangidas.
 - 5.1. Comparando os resultados obtidos na avaliação por género, é possível observar que, para ambos, encontramos ao nível da avaliação realizada pelos prestadores de cuidados uma subescala com alterações estatisticamente relevantes. Esta é, no entanto, diferente consoante o género observado – diminuição dos valores da subescala de problemas de comportamento no género masculino e diminuição dos valores da subescala de hiperatividade no género feminino. A nível da avaliação realizada pelos professores, é perceptível um aumento da maioria das “dificuldades” e uma diminuição das “forças” no que toca especialmente ao género feminino, sem que tais resultados sejam estatisticamente significativos (eventualmente devido a uma maior perceção/atenção por parte dos professores). No que toca ao instrumento de medição de resiliência – CYRM, a subescala contexto parece seguir a mesma tendência de subida em ambos os géneros, e tendências contrárias na subescala individual (com diminuição dos valores médios para o género masculino e aumento dos valores médios para o género feminino) sem que haja relevância estatística. Fazendo uma análise global parecem existir diferenças ao nível das áreas mais trabalhadas na intervenção, mas não uma maior eficácia para determinado género. Seria, no entanto, importante a realização de pré-testes (tal como na investigação realizada por Carvalho, 2012) ou da realização de outras análises (nomeadamente do foro qualitativo) para determinar qual a origem do aumento de “dificuldades” expressado pela avaliação de professores para o género feminino.
 - 5.2. Observando os resultados obtidos na avaliação por faixa etária, em particular comparando o número de subescalas com resultados estatisticamente significativos (quatro em total na avaliação dos alunos “mais velhos”, zero na avaliação dos alunos “mais novos”), esta intervenção parece ser bastante mais eficaz para os alunos “mais velhos”. Uma vez que o programa adaptado é originalmente dirigido a adolescentes, estes resultados vêm reforçar a sua adequação para esta faixa etária (relembra-se que os alunos na categoria “mais velhos” têm como média de idade os 10,6 anos e frequentam na maioria o equivalente aos 4º, 5º e 6º ano de escolaridades portuguesas, podendo ser considerados pré-adolescentes).
 - 5.3. Por fim, a análise por contexto não revelou diferenças significativas entre a eficácia do programa em alunos em contexto familiar e em alunos em contexto residencial.

Em ambos os contextos se verificaram resultados significativos numa das subescalas do SDQ versão prestadores de cuidados (na subescala hiperatividade para os alunos do colégio “Ana María Gómez Campos” e na subescala problemas com os pares para os alunos do colégio e casa de acolhimento “Lírio de los Valles”), e o número de subescalas com diferenças pré/pós (ainda que não estatisticamente significativas) é semelhante.

Com base nesta avaliação, podemos considerar que os resultados desta intervenção foram, de facto, positivos e que os alunos que nelas participaram sentem que as sessões lhes trouxeram aprendizagens e alterações positivas, em especial em idades mais avançadas. Enquanto terapeuta, a transformação observada nas crianças em intervenção, especialmente no que toca ao comportamento, adesão às atividades e sobretudo autoestima de algumas das crianças inicialmente mais problemáticas é suficiente para considerar que este programa teve sucesso nos objetivos a que se propôs, e a inserção das atividades complementares de orientação psicomotora permitiu a manutenção do interesse das crianças pelas sessões e, em muitos casos, foi o elemento chave para que relembrassem os conceitos abordados em sessões anteriores. No entanto, este estudo apresenta limitações consideráveis, nomeadamente a falta de um grupo de controlo, de modo a poder afirmar com certeza que as diferenças entre pré e pós são devidas à participação no programa, o limitado peso que um dos instrumentos de avaliação revelou, a inexistência de vários pré-testes para reduzir o efeito da sensibilização (em especial no que toca à avaliação realizada pelos professores) e a “dosagem” limitada, não permitindo avaliar efeitos como os impactos da frequência, nº de sessões ou tempo por sessão na eficácia do programa.

A diferença na aplicação do programa entre o colégio “Ana María Gómez Campos” e a o colégio e casa de acolhimento “Lírio de los Valles” dificulta bastante a comparação dos resultados (tanto objetivos como subjetivos) deste estudo, e sente-se que a intervenção neste último contexto ficou muito aquém do seu potencial, devido ao grande número de alunos e terapeutas em sessão e devido ao formato em que o programa foi aplicado. Aparentemente o formato de uma hora semanal possibilita uma maior alteração comportamental e uma maior perceção da aquisição de competências quando comparado com o formato de duas horas semanais, mas outras explicações como o maior número de elementos no grupo de intervenção (quer de terapeutas quer de alunos) ou o contexto de vida das crianças, podem também ser relevantes. A aplicação das outras componentes do programa, ou uma sensibilização dos professores para a necessidade de trabalhar as competências sociais e emocionais a par das competências académicas, teria também uma grande importância nestes contextos, uma vez que na perceção da autora ambas as instituições beneficiariam de um programa que abrangesse todos os seus membros.

Espero que este e outros programas de promoção da resiliência continuem a contribuir para o desenvolvimento pleno de todas as crianças, e que o presente estudo possa contribuir para este esforço global bem como auxiliar futuras aplicações deste programa.

12. REFERÊNCIAS

- Cardoso, L. (2012). *Psicomotricidade na promoção de competências pessoais e sociais: Intervenção com crianças em contexto escolar e em contexto institucional e com idosos em contexto institucional* (Relatório de Estágio para Mestrado). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.
- Carvalho, J. (2012). *Estudo dos efeitos de um Programa de Promoção da Resiliência e de Competências Pessoais e Sociais em adolescente com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais – Estudo de Caso* (Relatório de Estágio para Mestrado). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.

- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (2012). *2013 CASEL guide: Effective social and emotional learning programs: Preschool and Elementary school edition*. Chicago, IL: Author.
- Dragomir, D. (2014). Role of self-esteem in improving the resilience of delinquent youth. In S. Ionescu, M. Tomita, & S. Cace (Eds.), *The second world congress on resilience: From person to society* (pp.847-849). Bologna, Italy: Monduzzi Editore – International Proceedings Division.
- Durmuşoğlu-Saltali, N. (2012). The relationship between abuse within the family and social skills of Turkish senior primary school children. *Social Behavior and Personality*, 40(4), 585-590.
- Fonseca, V. (2004). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora: Significação psiconeurológica dos seus factores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Hawes, D., & Dadds, M. (2004). Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 8(38), 644-651.
- Lappalainen, K., Savolainen, H., Sointu, E., & Epstein, M. (2014). Cross-informant agreement and stability of the strengths and difficulties questionnaire among Finnish mainstream and special education students. *International Journal of School & Educational Psychology*, 1(2), 24-34
- Marquis, R., & Flynn, R. (2009). The SDQ as a mental health measurement tool in a Canadian sample of looked-after young people. *Vulnerable Children and Youth Studies: An International Interdisciplinary Journal for Research, Policy and Care*, 2(4), 114-121.
- Masten, A. (2010). Ordinary magic: Lessons from research on resilience in human development. *Education Canada*, 49(3), 28-32.
- Masten, A. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6-20.
- Matsuishi, T., Nagano, M., Araki, Y., Tanaka, Y., Iwasaki, M., Yamashita, Y., ... Kakuma, T. (2008). Scale properties of the Japanese version of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ): A study of infant and school children in community samples. *Brain & Development*, 30, 410-415.
- Melo, S. (2013). *Psicomotricidade na Promoção de Competências Pessoais e Sociais – Intervenção com crianças em contexto escolar e em contexto institucional e com idosos em contexto institucional* (Relatório de Estágio para Mestrado). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.
- NREPP - SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (2014a). *Caring school community*. Retirado da página do NREPP: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=152>
- NREPP (2014b). *Promoting alternative thinking strategies (PATHS): PATHS preschool*. Retirado da página do NREPP: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=20>
- Resilience Research Center (s.d.a). *Child and youth resilience measure (CYRM)*. Retirado da página do Resilience Research Center:

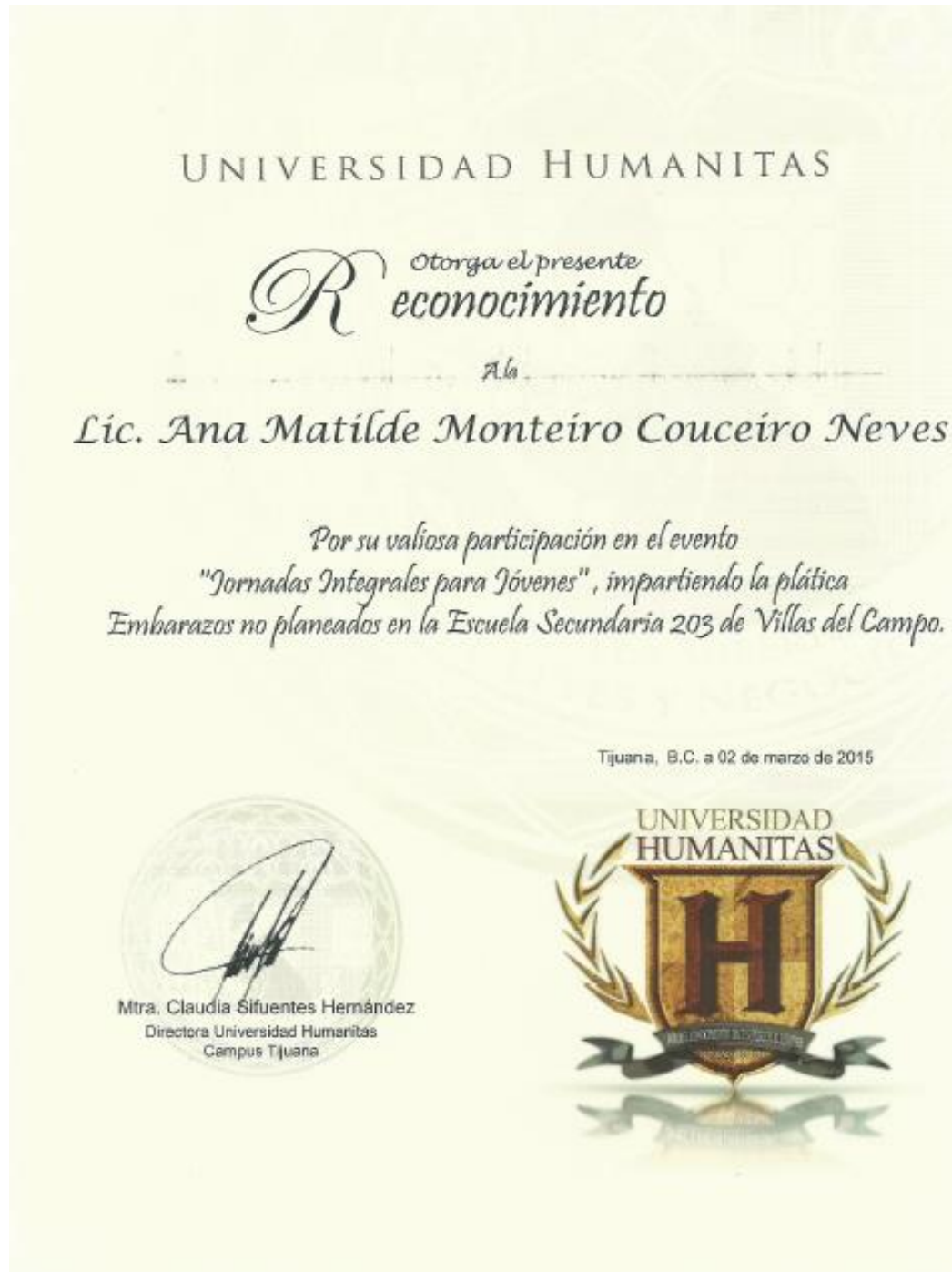
<http://www.resilienceresearch.org/research/resources/tools/33-the-child-and-youth-resilience-measure-cyrm>

- Resilience Research Center (s.d.b). Child & youth resilience measure. Retirado da página do Resilience Research Center: <http://www.resilienceresearch.org/files/RRC%20Child%20&%20Youth%20Resilience%20Measure.pdf>
- Ribeiro, A. (2012). *Psicomotricidade na Promoção de Competências Pessoais e Sociais – Intervenção com crianças em contexto escolar e em contexto institucional e com idosos em contexto institucional* (Relatório de Estágio para Mestrado). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.
- Serrabona, J. (2015). *Programa de educación socio-emocional a través de los cuentos vivenciados motrizmente*. Retirado da página da Revista de Psicomotricidad: http://www.revistadepsicomotricidad.com/2015/03/programa-de-educacion-socio-emocional_6.html
- Shiner, R., & Masten, A. (2012). Childhood personality as a harbinger of competence and resilience in adulthood. *Development and Psychopathology*, 24, 507-528.
- Simões, C., Matos, M., Ferreira, M., & Tomé, G. (2010). Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais: Desenvolvimento de um programa de promoção de resiliência na adolescência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 97-115.
- Simões, C., Matos, M., Tomé, G., Ferreira, M., & Diniz, J. (2009). *Ultrapassar adversidades e vencer desafios: Manual de promoção da resiliência na adolescência*. Cruz Quebrada, Portugal: Aventura Social e Saúde.
- Syed, E., Hussein, S., Azam, S., & Khan, A. (2009) Comparison of Urdu version of strengths and difficulties questionnaire (SDQ) and the child behaviour check list (CBCL) amongst primary school children in Karachi. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 19, 375-379.
- Teves, C. (2013). *Psicomotricidade na Promoção de Competências Pessoais e Sociais – Intervenção com crianças em contexto escolar e em contexto institucional e com idosos em contexto institucional* (Relatório de Estágio para Mestrado). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.
- Ungar, M. (2015). Practitioner review: Diagnosing childhood resilience – a systemic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(1), 4-17.
- Wright, M., Masten, A., & Narayan, A. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp.15-37). New York: Springer
- Youth in Mind (2012). *What is the SDQ? Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaire*. Retirado da página do Youth in Mind: <http://www.sdqinfo.org/a0.html>

ANEXOS

ANEXO A

PARTICIPAÇÃO NAS PRIMEIRAS "JORNADAS INTEGRALES PARA JÓVENES"



UNIVERSIDAD HUMANITAS

*Otorga el presente
Reconocimiento*

A la

Lic. Ana Matilde Monteiro Couceiro Neves

*Por su valiosa contribución en la formación de nuestros estudiantes,
impartiendo el Taller "Resiliencia",
con una duración de 30 horas, llevado a cabo del
12 de febrero al 21 de mayo de 2015*

Tijuana, B.C. a 21 de mayo de 2015



Mtra. Claudia Silfuentes Hernández
Directora Universidad Humanitas
Campus Tijuana



UNIVERSIDAD HUMANITAS

R Otorga el presente
reconocimiento

A la

Lic. Ana Matilde Monteiro Couceiro Neves

*Por su valiosa contribución en la formación de nuestros estudiantes,
impartiendo el Taller "Educación Especial",
con una duración de 30 horas, llevado a cabo del
30 de enero al 24 de abril de 2015*

Tijuana, B.C. a 24 de abril de 2015



Mtra. Claudia Sifuentes Hernández
Directora Universidad Humanitas
Campus Tijuana



ANEXO B

CYRM-26, ADAPTAÇÃO DE NEVES, 2014

Iniciales del participante: _____

Fecha de administración: ____/____/____

Escala de Medida de la Resiliencia para Niños y Jóvenes (CYRM-26)

INSTRUCCIONES

A continuación, se enumeraran una serie de preguntas sobre ti, tu familia, tu comunidad y tus relaciones con las personas. Estas preguntas han sido diseñadas para entender mejor como nos enfrentamos a la vida y el papel que juegan las personas que están a nuestro alrededor en estos desafíos diarios.

No hay respuestas correctas o equivocadas.

Por favor completa las preguntas abajo:





































1. ¿Cuántos años tienes? _____











































2. ¿Eres niño o niña? _____

3. ¿Con quien vives?

4. ¿Quien es tu familia?

Por favor señala con un círculo una opción para cada pregunta:

	No	A veces	Sí
1. ¿Hay alguien como quien quieras ser?			
2. ¿Compartes con la gente a tu alrededor?			
3. ¿Tener buenas calificaciones es importante para ti?			
4. ¿Sabes como comportarte/actuar en diferentes situaciones (por ejemplo, casa, escuela o iglesia)?			
5. ¿Sientes que tus padres/quienes cuidan de ti saben donde estás y lo que haces todo el tiempo?			
6. ¿Sientes que tus padres/quienes cuidan de ti saben mucho sobre ti (por ejemplo lo que te gusta, tus miedos)?			
7. ¿Hay suficiente para comer en tu casa cuando tienes hambre?			
8. ¿Intentas terminar las cosas que empiezas?			
9. ¿Sabes donde viene tu familia, o la historia de tu familia?			
10. ¿A los otros niños les gusta jugar contigo?			
11. ¿Hablas con tu familia sobre como te sientes (por ejemplo cuando te lastimas o estás asustado)?			
12. ¿Cuando las cosas no salen como quieres, puedes arreglarlas sin dañarte o dañar otros (por ejemplo sin golpear a otros o decir cosas feas)?			

	No	A veces	Sí
13. ¿Tienes amigos que se preocupan por ti?			
14. ¿Sabes donde ir para recibir ayuda?			
15. ¿Sientes que encajas con los otros niños?			
16. ¿Crees que tu familia se preocupa por ti en tiempos difíciles (por ejemplo, si estas enfermo o has hecho algo mal)?			
17. ¿Crees que tus amigos se preocupan por ti en tiempos difíciles (por ejemplo, si estas enfermo o has hecho algo mal)?			
18. ¿Te tratan con justicia?			
19. ¿Tienes oportunidades para mostrar a otros que estas creciendo y puedes hacer cosas por ti mismo?			
20. ¿Sabes en que eres bueno?			
21. ¿Participas en actividades religiosas (por ejemplo, ir a la iglesia o a la mezquita)?			
22. ¿Crees que es importante ayudar en tu comunidad?			
23. ¿Te sientes seguro cuando estas con tu familia?			
24. ¿Tienes oportunidades para aprender cosas que te serán útiles cuando seas mayor (como cocinar, trabajar, y ayudar otros)?			
25. ¿Te gusta la manera como tu familia celebra cosas (como días festivos o aprender sobre tu cultura)?			
26. ¿Te gusta la manera como tu comunidad celebra cosas (como días festivos, festivales)?			

Evaluación del Programa

Nombre: _____

1. Nuestras sesiones fueran

Divertidas? Si ☐ A veces ☐ No ☐

Interesantes? Si ☐ A veces ☐ No ☐

2. Escribe

Lo que más te gustó	Lo que menos te gustó
1.	1.
2.	2.
3.	3.

3. Que aprendiste?

	Si	No
Aprendí que es importante cooperar con los demás		
Aprendí que la comunicación verbal y no verbal son importantes		
Aprendí que para tener amigos se ocupa comprender los sentimientos y pensamientos de las otras personas		
Aprendí que hay muchas maneras de resolver problemas		
Aprendí que tengo que pensar en las consecuencias de mis decisiones		
Aprendí a creer en mis capacidades		
Aprendí que pedir ayuda puede ser una buena solución para mis problemas		
Aprendí que es importante conocer mis cualidades		
Aprendí que es importante tener objetivos y aspiraciones		

Aprendiste otras cosas?

4. Te sientes diferente?

	Si	Más o menos	No
Sé comunicar mejor con los demás			
Ayudo los demás más veces			
Puedo resolver mejor mis problemas			
Creo más en mis capacidades			
Me conozco mejor			
No desisto cuando tengo un problema			
Conozco mejor a mis amigos			
Pienso más en mi futuro			
Tengo más amigos			
Creo que los demás acreditan más en mis capacidades			

5. Que cambiarías en las sesiones?

Muchas gracias!

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PERMISO DE PARTICIPACIÓN

Tijuana, ____/11/2014

Yo, _____, padre o tutor del menor _____, autorizo su participación en el proyecto “Aplicación de Programa de Promoción de Competencias Personales y Sociales”. Declaro que fui debidamente informado e ilustrado por la responsable del proyecto, Terapeuta Psicomotora: Ana Matilde Neves, sobre la investigación, sus procedimientos y posibles riesgos que surjan de su aplicación. Me fue garantizado el sigilo de las informaciones y puedo retirar mi consentimiento a cualquier momento, sin que sea penalizado de cualquier manera.

Firma del padre o tutor:

Firma de la Terapeuta Psicomotora:

(Ana Matilde Neves)

RESUMEN DEL PROYECTO

“APLICACIÓN DE PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE COMPETENCIAS PERSONALES Y SOCIALES”

Responsable del Proyecto: Ana Matilde M. C. Neves

Función del Proyecto y Privacidad de la Información: El proyecto servirá de base a la tesis de la responsable del proyecto, para obtención de la Maestría en Rehabilitación Psicomotora concedida por la *Faculdade de Motricidade Humana - Universidade de Lisboa*. Los datos obtenidos serán confidenciales y servirán apenas para la obtención de la maestría referida. Cualquier utilización adicional carecerá de autorización posterior de la misma.

El permiso para la participación en este proyecto será proporcionado por el padre o tutor del menor, que puede retirar su permiso en cualquier momento, sin cualquier tipo de penalización.

Organización del Programa: El “Programa de Promoción de Competencias Personales y Sociales” se compone de 20 sesiones de aproximadamente una hora, en el centro comunitario Ana María Gómez Campos, y de 2 momentos de evaluación (inicial y final). De la evaluación harán parte las versiones para padres y para maestros del Cuestionario de Capacidades y Dificultades, la versión para niños de la Escala de Medida de la Resiliencia para Niños y Jóvenes y informaciones académicas facultadas por los maestros de los niños participantes.

En las sesiones se trabajarán competencias individuales que la literatura considera importantes para lograr salir adelante cuando se encuentran dificultades en la vida: la capacidad de cooperación y comunicación; la capacidad de resolución de problemas; la auto-eficacia; el auto-conocimiento; los conocimientos y aspiraciones; la empatía; y la auto-estima. De esta manera, se pretende ayudar el desarrollo futuro de los alumnos involucrado, aportándoles herramientas para que puedan superar eventuales dificultades que se presenten en su vida futura.

Objetivos del Programa:

- Entrenamiento de las competencias personales y sociales: la capacidad de cooperación y comunicación; la capacidad de resolución de problemas; la auto-eficacia; el auto-conocimiento; los conocimientos y aspiraciones; la empatía; y la auto-estima;
- Promoción de la resiliencia futura de los niños involucrados;
- Estimular el desarrollo psicomotor, social y académico, de manera a promover una vida saludable.

Riesgos Previstos: No están previstos ningunos riesgos derivados de la aplicación de este programa y proyecto.

Plan de Sesión

Fechas: 11/12/2014 (Grupo2) Local: Centro Comunitario Ana María Gómez Campos N° Sesión: 3
 15/12/2014 (Grupo1) Hora: 13h30 Terapeuta: A. Matilde Neves

+ Hora y Duración		Actividad	Objetivos	Descripción	Estrategias	Material
13:30	2'	(1) <u>Entrada</u>	Organización del grupo; Guardar las mochilas en local apropiado.	Los niños entran en el salón, guardan sus mochilas y restante material, y se sientan en círculo.	Instrucción Verbal.	---
13:32	5'	(2) <u>Círculo Inicial</u>	Entrenar el esperar su turno; Compartir situaciones de la semana del grupo; Explicación del plan de sesión y instrucciones para la primera actividad.	Después que todos los niños estén sentados será pedido a los niños que quieran que compartan un poco de su semana. Cada persona apenas podrá hablar cuando tenga la pelota en su mano. En seguida serán referidas cuales las actividades que serán hechas y explicada la primera actividad.	Instrucción Verbal; Participación de la terapeuta en la conversa.	Pelota
13:37	20'	(3) <u>"El problema de María"</u>	Identificar los diferentes componentes de un problema; Analizar las diferentes estrategias disponibles para resolver un problema.	El grupo será dividido en 4 grupos más pequeños, en los cuales deberán leer y analizar el problema presentado por la terapeuta - "El problema de María". En su análisis deberán escribir cual es el problema, las personas a quien afecta, cuales son las posibles opciones de resolución y cual la mejor manera resolver el problema. Al final las respuestas serán discutidas en grupo.	Instrucción verbal; Acompañamiento de cada grupo	Hoja "El problema de María" Lápiz o Pluma
14:02	20'	(4) <u>"El dragón"</u>	Trabajar la resolución de problemas dinámicos; Promover el trabajo en grupo; Estimular la diversidad de estrategias	Del grupo serán pedidos dos voluntarios, que serán los dragones y tendrán de defender su tesoro (un peluche u otro juguete suave) adentro de su área de	Instrucción verbal;	Peluche

14:17	13'	(6) <u>Diálogo final y Evaluación Individual</u>	<p>para un mismo problema</p> <p>Entrenar el esperar su turno; Hacer el resumen de la sesión; Hacer la auto-evaluación del comportamiento individual y la discusión de grupo de la evaluación.</p>	<p>juego. Los restantes elementos del grupo serán los aldeanos, que quieren recuperar el tesoro llevado por el dragón. Para eso tendrán que lograr robar el peluche del área de juego del dragón, sin que sean tocados (cuando son tocados tienen que regresar a la "aldea"). Cuando los aldeanos recuperan el tesoro, cambian los dragones.</p>	<p>Participación de la terapeuta en la conversación.</p>	<p>Pelota; Cartulina del comportamiento; Cartulina de las reglas.</p>
-------	-----	--	--	--	--	---

